



Anthropologie médicale appliquée

Marc-Eric Gruénais

► To cite this version:

Marc-Eric Gruénais. Anthropologie médicale appliquée: Connaissances, attitudes, croyances, pratiques. Jean-François Baré. Les applications de l'anthropologie: un essai de réflexion collective depuis la France, Karthala, pp.179-220, 1995. ird-00384199

HAL Id: ird-00384199

<https://hal.ird.fr/ird-00384199>

Submitted on 14 May 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

8

Anthropologie médicale appliquée

Connaissances, attitudes, croyances, pratiques

par Marc-Éric Gruénais

Le discours médical n'est pas un discours sur l'homme, mais sur la maladie. Il n'en implique pas moins une certaine idée implicite sur l'homme, sur sa liberté, sur son Être.

J. Clavreul
L'ordre médical, 1978

Il s'agira ici d'analyser une relation à trois termes, celle entre médecins, anthropologues et anthropologie. On peut en effet envisager la relation entre médecins et anthropologues comme étant médiatisée par un item appelé « anthropologie », entendu ici au sens étymologique de « discours sur l'homme », et auxquels les deux types de protagonistes ne donnent pas nécessairement le même contenu. Je tenterai de montrer que la correction de parallaxe, pour employer un terme d'optique, relative à la distance qui sépare médecins et anthropologues de l'objet « anthropologie » n'est pas toujours réalisée et que la relation à trois termes ressemble bien souvent davantage à un trapèze qu'à un triangle.

Dans la suite du texte, je considérerai que l'anthropologie évoquée par médecins et anthropologues ressortit au domaine de l'anthropologie médicale appliquée (1) dès qu'il y a collaboration entre anthropologues et professionnels de la santé (épidémiologis-

(1) Je reviendrai ci-dessous sur cette expression fort problématique et qui est loin de faire l'unanimité en France. Je ne m'aventurerai pas à en donner une définition, d'autant moins que les désaccords à son sujet sont, en quelque sorte, l'objet même de l'analyse proposée.

tes, médecins, responsables de santé publique, infirmières, etc.) ou encore dès qu'un médecin évoque l'anthropologie. En effet, le médecin justifie sa pratique, quelle qu'elle soit, par l'action : qu'il consulte « en ville » ou qu'il s'adonne à la recherche, le médecin légitime et justifie toujours sa pratique par l'obligation qui lui est faite (2) de soigner. Aussi le médecin s'attache-t-il toujours à l'anthropologie dans le but d'améliorer l'efficacité d'une pratique médicale à plus ou moins long terme. Ici, et de manière très empirique, c'est donc la présence du médecin dans la relation à trois termes qui projettent anthropologues et anthropologie dans le domaine de l'application. Étant donné cette acception très lâche, je ne ferai pas de différences entre une application dans le domaine de la recherche, dans le cadre d'un programme de développement sanitaire, ou encore, si cela a un sens, dans le contexte d'une consultation d'un médecin généraliste. En revanche, les travaux d'anthropologues ayant pour objet la maladie ou la santé et réalisés indépendamment de toute préoccupation médicale n'entrent pas dans le champ de l'anthropologie médicale appliquée.

Il s'agira ici essentiellement de la situation de l'anthropologie médicale appliquée en France. J'ai pris le parti, pour caractériser la nature des débats sur « l'applicabilité » de l'anthropologie au domaine de la santé, de me fonder peu sur les « grands écrits » mais surtout sur des petits textes, émanant aussi bien d'anthropologues que de médecins, qui n'ont pas toujours prétention à être considérés comme des « publications scientifiques », mais qui ont l'avantage de présenter sans détour les opinions sur l'anthropologie médicale appliquée (3).

(2) Cf. le serment d'Hippocrate.

(3) A cet égard, je ferai abondamment référence aux publications de l'association AMADES (Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé, 36 avenue des Cottages, 31400 Toulouse) fondée et présidée par Jean Benoist. Cette association a le grand mérite de favoriser de manière très libre des débats entre anthropologues et professionnels de la santé. Dans la suite du texte, les citations référencées AMADES, 1992 se rapportent à la publication des débats d'une table-ronde intitulée « Où en est l'anthropologie appliquée ? ». Cette publication ne consiste pas en un recueil d'articles (contrairement aux autres publications de l'association AMADES), mais rend compte des débats en conservant le style propre au langage parlé, les intervenants (médecins, responsables d'ONG, infirmières, ethnologues, etc.) étant nommément identifiés.

En France, une anthropologie inapplicable ?

D'une manière générale, l'anthropologie appliquée a bien du mal à trouver une place dans le paysage universitaire et scientifique français, même si nombre d'anthropologues ont commencé leur carrière par une démarche appliquée (4). Selon Bastide, le peu d'intérêt manifesté pour l'anthropologie appliquée en France relèverait, entre autres, d'une raison que l'on pourrait appeler culturelle : « L'anthropologie appliquée en tant que discipline scientifique ne pouvait se faire jour dans un pays croyant, comme la France, au rayonnement de la seule raison ; elle ne pouvait naître que dans un pays pragmatiste, comme l'Angleterre, soucieux des faits, tenant compte des résistances, n'agissant jamais qu'avec prudence » (1971 : 26). Bastide considère également le structuralisme comme une option théorique ne favorisant guère l'intérêt pour l'application (1971 : 150 et 184) : l'approche systémique, propre au structuralisme, autoriserait beaucoup moins que le déterminisme fonctionnaliste, par exemple, une réflexion sur les stratégies du changement social. Bien que Bastide souligne que le structuralisme qu'il évoque n'est pas celui de Lévi-Strauss mais plutôt celui d'une certaine sociologie américaine, on ne peut ici s'empêcher de penser au peu de place laissée à l'histoire, et partant, à une « anthropologie du changement social et du développement » (5), par une certaine conception de l'approche structurale qui a dominé la recherche anthropologique française. Il ne s'agit ici nullement de revenir sur le débat qui oppose(ra)it la « structure » à « l'histoire » mais bien plutôt de souligner, avec Bastide, que les réticences des anthropologues français vis-à-vis de l'application pourraient relever de résistances culturelles.

L'anthropologie sociale appliquée, dans la mesure où elle est faite dans un cadre contractuel (une réponse à une demande à apporter en un temps limité), serait de mauvaise qualité, si l'on

(4) Par exemple, A. Zempléni rappelle volontiers qu'il a débuté par la recherche appliquée, lorsqu'il travaillait dans l'équipe du professeur Collomb à Dakar (AMADES, 1992 : 15) ; on peut également citer l'exemple de E. de Dampierre : « En 1954, une agence gouvernementale française proposa, à l'un de mes collègues et à moi-même, d'aller rechercher sur place "pourquoi" les Nzakara, réputés en voie de disparition depuis une cinquantaine d'années, engendraient si peu d'enfants » (1967 : 11).

(5) J'emprunte cette expression à l'intitulé d'une association récemment créée, l'APAD (Association euro-africaine pour l'anthropologie du changement social et du développement) dont la charte, en quelque sorte, souligne combien la « tradition anthropologique académique a souvent privilégié la synchronie et les permanences » au détriment de l'intérêt pour le développement et le changement social (APAD, *Bulletin*, n° 1, juin 1991).

en juge par les propos de E. Terray, responsable d'une des plus importantes formations universitaires françaises à l'anthropologie sociale :

« ... Ces contrats engendrent ce que j'appellerai l'anthropologie alimentaire. L'immense majorité des anthropologues travaillent sur contrat quand ils en ont besoin. C'est comme le double travail dans les pays de l'Est : le contrat, c'est la journée de travail officielle qu'on fait à l'économie et à laquelle on consacre le moins de temps possible de manière à pouvoir se consacrer ensuite à sa propre recherche... La crédibilité de la discipline tient plus à des gens qui ont fait de la recherche fondamentale, elle tient plus à des gens comme Lévi-Strauss qu'aux bureaux d'études qui ont travaillé sur les plans de développement. L'industrie du conseil fonctionnera, mais elle ne donnera rien. Si les gens n'ont pas le temps de réfléchir, pas le temps de voir, ils produiront de la camelote. Ça ne veut pas dire que la demande sociale ne sera pas satisfaite, les commanditaires seront tout à fait contents » (1990 : 17-18).

L'anthropologie sociale appliquée, ici réalisée sous contrat, serait de la mauvaise anthropologie, sans doute parce que, par essence, l'anthropologie ne peut être applicable si l'on en croit des propos de chercheurs de l'ORSTOM rapportés par Brunet-Jailly (1990 : 6) :

« L'ethnologie n'est pas, par essence, une discipline vouée à l'application ; elle n'est pas une science de la gestion des ressources humaines dans des contextes multi- ou pluri-culturels ; elle n'est pas non plus une discipline d'appoint destinée à faciliter le travail d'autres chercheurs en butte aux résistances culturelles opposées au développement. Elle a pour vocation d'étudier des configurations sociales pour ce qu'elles sont, en respectant les valeurs, les dynamiques et les évolutions, dans une perspective qui privilégie l'ensemble des dimensions symboliques qui structurent l'univers social. Une position assez similaire de réserve est exprimée par les sociologues : "Si les sociologues ont quelque chose de spécifique à apporter en matière de développement, c'est plutôt en le prenant comme objet d'étude que comme objectif à atteindre" ».

Lévi-Strauss cependant ne désespérait pas d'une certaine forme d'application des sciences humaines au rang desquelles il range l'anthropologie :

« ... comprenant au quart ou à moitié, et prévoyant une fois sur deux ou quatre, elles [les sciences humaines] n'en sont pas moins aptes, par l'intime solidarité qu'elles instaurent entre ces demi-mesures, d'apporter à ceux qui les pratiquent quelque chose d'inter-

médiaire entre la connaissance pure et l'efficacité : la sagesse, ou en tout cas une certaine forme de sagesse qui permet de moins mal agir parce qu'on comprend un peu mieux, mais sans jamais pouvoir faire le départ exact entre ce qu'on doit à l'un ou à l'autre aspect. Car la sagesse est une vertu équivoque qui relève à la fois de la connaissance et de l'action, tout en différant radicalement de chacune d'elles prise en particulier » (1973 : 346).

Néanmoins, dans le même texte, Lévi-Strauss précise que les sciences humaines « sont encore dans leur préhistoire » ; dès lors, « A supposer qu'elles puissent un jour être mises au service de l'action pratique, elles n'ont, dans le présent, rien ou presque à offrir. Le vrai moyen de leur permettre d'être, c'est de beaucoup leur donner, mais surtout, de ne leur rien demander » (1973 : 343).

En ce qui concerne les travaux anthropologiques prenant pour objet la santé et la maladie, sommes-nous sortis de la préhistoire ? En fait, il apparaît qu'il peut être déplacé de qualifier d'« anthropologique » une démarche s'inspirant des sciences sociales et qui afficherait une vocation instrumentale. Ainsi, selon M. Augé, l'appellation « anthropologie médicale » (par opposition à « anthropologie de la maladie »), qui par nature qualifierait une démarche vouée à l'application, ne renverrait en fait qu'à une entreprise de circonstance :

« ... Le terme *medical anthropology*, dans l'usage qu'en font les chercheurs américains, a surtout un intérêt en quelque sorte administratif et stratégique : il s'agit de rassembler sous une même étiquette (pour faire masse, ce qui peut avoir de l'intérêt quand on veut obtenir des crédits) des recherches aux finalités intellectuelles différentes qui n'ont en commun que leur objet empirique d'occasion, à condition de définir celui-ci de façon assez lâche : l'épidémiologie, l'étude des soins délivrés en institution ("health care delivery systems"), les recherches sur les problèmes de santé et l'ethnomédecine sont ainsi présentées comme les quatre grandes parties de l'anthropologie médicale, elle-même conçue comme une subdivision spécifique de l'anthropologie en général... » (Augé, 1986 : 81-82).

En fait, l'expression « anthropologie médicale appliquée » n'aurait pas nécessairement un sens :

« ... "L'anthropologie médicale peut-elle s'appliquer ?" Se poser cette question suppose, évidemment, que l'anthropologie médicale existe en tant que discipline cohérente, c'est-à-dire comportant un corpus de propositions à peu près vérifiable et universel. Or, je constate qu'on est très loin du compte et, comme j'aime quelque-

fois le dire, l'anthropologie médicale est plutôt une nébuleuse de courants de recherche, d'idées, de toutes sortes d'approches, depuis la spéculation la plus effrénée jusqu'à la recherche statistique la plus rigoureuse ; depuis la psychanalyse, jusqu'à l'épidémiologie, et ainsi de suite... [or] on ne peut appliquer que quelque chose qui est déjà défini et qui dispose d'un corpus de propositions générales » (Zempléni in AMADES, 1992 : 17).

Alors, à bien des égards, s'adonner à de l'application équivaldrait à renoncer à être anthropologue : la demande d'anthropologie médicale appliquée procéderait d'un

« souhait d'une anthropologie sensiblement différente de celle qui s'enseigne ou se pratique actuellement dans les universités et les grandes institutions de recherche... on ne peut pas faire de l'ethnologie véritable à la demande ou sur commande car la demande ou la commande introduisent d'emblée une distorsion, un rétrécissement du point de vue que l'ethnologue cherche toujours à maintenir aussi large que possible » (Zempléni, 1990 : 98-99).

A. Julliard, renchérissant sur les propos de A. Zempléni, déclarait :

« A. Zempléni a souligné l'importance de l'outil méthodologique qui fonde notre science : l'enquête continue de longue durée qui remplace, ici, le questionnaire, et là, l'entretien directif ou autre. Or, je me demande ce que devient cet outil irremplaçable sous peine de perdre notre identité scientifique, face aux demandes de médecine ou de santé qui sont formulées avec précision. En résumé, on demande à l'ethnologue de fournir une réponse pratique à une question pratique, dans un temps bref (pour un ethnologue) pour que sa réponse soit effectivement opératoire, et ce, quel que soit le "terrain" d'étude. Si une telle question m'était formulée, je me demanderais que répondre. En tant qu'ethnologue seul, ce serait certainement un refus car ne pouvant pas pratiquer l'ethnologie, je ne vois pas ce que je pourrais faire d'autre qui serait utile notamment par rapport à d'autres sciences humaines » (Julliard, in AMADES 1992 : 88).

Étant donné ces positions, on comprend aisément que le contexte français n'est guère favorable à une collaboration entre médecins et anthropologues, d'autant moins que ces derniers, et il ne s'agit pas seulement de la position d'anthropologues français, érigent en principe la nécessité de mener leurs recherches et, plus précisément, de construire leurs objets indépendamment de la demande médicale (6).

(6) Cette position est apparue très explicitement lors d'un atelier sur l'anthropologie médicale en Europe organisé dans le cadre de la première conférence de l'Association européenne des anthropologues sociaux (Gruénais, 1991).

Si le milieu anthropologique français est peu enclin à s'intéresser ou à s'adonner à l'application dans le domaine de la santé, on peut également se demander dans quelle mesure le milieu médical français met les médecins dans une situation qui les prédisposerait à dialoguer avec, sinon les anthropologues, du moins avec les professionnels des sciences de l'homme et de la société. Tout d'abord, la formation des médecins accorde peu de place aux disciplines relevant des sciences de l'homme et de la société (7). Des domaines tels que la santé publique ou l'épidémiologie, qui se préoccupent entre autres des facteurs sociaux liés aux pathologies, sont encore très peu développés en France comparativement à la situation aux États-Unis, en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas ou en Belgique : en France, par exemple, il n'existe qu'une seule école (celle de Rennes) entièrement vouée à la santé publique, et les quelques formations dispersées réservent la part congrue aux sciences sociales (8). Par ailleurs, en France, dans toutes les institutions, les postes de responsabilités ayant trait à la santé sont occupés presque exclusivement par des médecins (9) alors même que la formation médicale ne prédispose pas nécessairement à certaine fonction : faut-il nécessairement être médecin pour être ministre de la santé ? un philosophe ne serait-il pas *a priori* aussi compétent qu'un médecin pour présider un comité d'éthique ?

Si les conditions d'apprentissage et d'exercice du savoir médical ne semblent guère prédisposer les médecins à se tourner vers les sciences sociales, on remarque néanmoins que les initiatives ponctuelles de dialogue entre médecins et anthropologues émanent plus souvent des premiers que des seconds alors même que l'anthropologie de la maladie est devenue un champ de recherche privilégié des anthropologues : par exemple, le premier colloque important en France sur l'anthropologie de la maladie fut coordonné par un médecin, A. Retel-Laurentin (10) ; l'association AMADES qui se consacre à l'anthropologie médicale appliquée est présidée par un médecin qui est également anthropologue (J. Benoist). On

(7) Il est cependant prévu aujourd'hui une réforme des études médicales qui ferait notamment entrer les sciences humaines dans les facultés de médecine.

(8) Dans une formation à la santé publique, le nombre d'heures annuelles consacrées à la sociologie de la santé est passé récemment de 6 à 2 (D. Fassin, communication personnelle).

(9) F. Héritier-Augé, ancienne présidente du Conseil national du sida, faisait figure d'exception.

(10) Cf. A. Retel-Laurentin (éd.), *Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, Paris, L'Harmattan, 1987. Il s'agit là des actes du premier colloque national d'anthropologie médicale qui s'est tenu en 1983. Ce colloque faisait notamment suite à une table ronde organisée en 1980, intitulée « Santé et sciences humaines » et qui avait pour but explicite de créer une anthropologie médicale en France (cf. Retel-Laurentin, 1983).

pourrait aussi opposer la disparition du *Bulletin d'ethnomédecine* (d'ailleurs fondé par un médecin-anthropologue, A. Epelboin), dont la publication émanait essentiellement du milieu de la recherche anthropologique, au succès d'une revue comme *Sciences sociales et santé*, étroitement liée au CERMES, laboratoire de recherche associé à l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale). Est-ce à dire qu'en dépit de la faible reconnaissance institutionnelle des milieux médicaux à l'égard des sciences sociales, les médecins seraient plus ouverts au dialogue avec les anthropologues que l'inverse ?

Si, comme je l'ai indiqué plus haut, il n'est pas propre à l'anthropologie française de vouloir conserver une totale autonomie de la démarche disciplinaire par rapport aux demandes qui émaneraient des milieux médicaux, en revanche on peut se demander dans quelle mesure la question « l'anthropologie médicale peut-elle s'appliquer ? » n'est pas aujourd'hui une question très française. Se référant à l'anthropologie appliquée en général, et vraisemblablement plutôt à un contexte nord-américain, J. van Willigen (1991 : 7) écrit :

« Ironically, as application became more common amongst anthropologists, the idea of "applied anthropology" became increasingly awkward — indeed, some might say obsolete. More and more it seems that applied work is done in the context of specific multi-disciplinary networks of social scientists who do both applied and basic research work. They participate in specific domains of application such as the agricultural development, educational evaluation or population planning. In these contexts, people seem to think of themselves more as agricultural anthropologists, etc., rather than as applied anthropologists. Educational and medical anthropologists went through this shift long ago ».

L'interrogation sur la légitimité de « l'applicabilité » de l'anthropologie ne semble donc plus guère se poser aux États-Unis.

A l'évidence, comme le souligne A. Hubert dans cet ouvrage, le contexte de travail et les préoccupations communautaires propres aux États-Unis et aux pays d'Europe du Nord favorisent les collaborations entre anthropologues et professionnels de la santé. L'existence aux États-Unis, aux Pays-Bas, en Belgique, en Grande-Bretagne, de véritables instituts de santé publique, contribue à créer un « milieu » de professionnels de la santé plus favorables aux sciences sociales qu'en France, où il apparaît souvent que les médecins (essentiellement formés à la clinique) sont, « en dernière instance », les seuls à pouvoir évoquer légitimement les questions de santé. Nous avons également vu, avec M. Augé, combien la pra-

tique d'une anthropologie médicale aux États-Unis était liée à l'obtention de contrats (11), les travaux ainsi financés étant souvent très liés à des programmes d'action sanitaire. On pourrait également citer, parmi les facteurs qui conduisent les anthropologues à se préoccuper davantage d'application, une plus grande mobilité professionnelle liée à l'absence de statut définitif des chercheurs dans certains pays. En Allemagne, par exemple, si un universitaire ayant un statut équivalent à celui de maître de conférence n'accède pas au rang de professeur à l'issue de quatre ans d'enseignement, il ne peut plus être employé par une université. Une telle situation amène nécessairement les universitaires allemands à se poser la question de leur reconversion, éventuellement dans le secteur privé, et partant, des modalités d'utilisation de leur discipline. On sait également combien en Europe du Nord et aux États-Unis tout ce qui a trait à la « communauté » (un quartier, une communauté immigrée, un groupe de marginaux) est une préoccupation beaucoup plus prégnante qu'en France (12). Ainsi, aux Pays-Bas, un anthropologue employé de l'État peut être détaché dans une association de prise en charge des toxicomanes. Doit-on voir là l'expression d'un pragmatisme ?

Au-delà du contexte professionnel, et à la suite de Bastide, on peut s'interroger sur les facteurs d'ordre culturel qui favoriseraient la propension à l'application, notamment dans les pays anglo-saxons, en comparaison de la situation française.

Durkheim s'est toujours soucié de se départir de tout « psychologisme » dans l'analyse des relations entre les individus vivant en communauté :

« Émile Durkheim, dans son étude sur les causes du suicide, déclarait inintéressante pour le sociologue la prise en compte des itinéraires individuels de suicidés. Constatant la pauvreté des documents sur l'histoire personnelle des suicidants, il justifiait le parti pris de ne pas chercher à en obtenir par le principe que les motifs de suicide sont, soit liés à des hasards de la vie des gens que nulle science ne peut cerner, soit le simple "reflet" dans les consciences

(11) A ma connaissance, il s'agit bien souvent de contrats publics, émanant, par exemple, de l'État fédéral, de la municipalité, etc.

(12) Les exemples seraient sans fin. Citons au hasard. Les *bobbies* anglais, qui ne sont pas armés comme chacun sait, participent depuis longtemps à la vie des quartiers pour prévenir la délinquance des mineurs ; en France « l'ilotage » ne s'est développé que depuis quelques années. Aux Pays-Bas, en Allemagne, le secteur associatif s'occupant de la prise en charge des toxicomanes est beaucoup plus développé qu'en France et bénéficie parfois de subventions publiques très importantes. Il n'existe pas, en France, d'équivalent des *social workers* nord-américains qui disposent d'une formation et d'un statut beaucoup plus élevés que les travailleurs sociaux français et qui sont souvent membres à part entière d'équipes de recherche universitaires.

particulières de "causes générales" d'ordre social, que l'analyse statistique met en évidence, et qui sont les "causes véritables" du phénomène... » (A. Fagot-Largeault, 1989 : 9).

Peu ou prou, les anthropologues français sont restés fidèles aux positions du « père fondateur » : le comportement et les pratiques des individus face à la maladie sont surdéterminés, en quelque sorte, par des systèmes de représentations qui mettent en jeu des conceptions de la personne, des oppositions structurales, des classifications, des étiologies, etc., culturellement marqués. Ici prime l'étude sur l'objet « maladie » ; les stratégies individuelles, par exemple dans l'étude des itinéraires thérapeutiques, sont peu prises en compte. L'individu a aujourd'hui encore bien du mal à trouver sa place dans les recherches anthropologiques françaises (13).

En revanche, dans le monde anglo-saxon, la sociologie américaine en particulier, et la recherche en sciences sociales en général se sont préoccupées très tôt de la place *du malade* au sein des institutions hospitalières (Parsons), de la relation individuelle entre patient et thérapeute (Balint), et, notamment à la suite des travaux de Kleinman, des anthropologues, qui ne se réclament pas pour autant d'une approche ethnopsychiatrique, s'interrogent sur la nature de l'expérience individuelle de la maladie (14). Les *social scientists* nord-américains s'interrogent donc *aussi* sur le *malade* en tant qu'individu, sur son devenir, sur ses rapports avec l'institution médicale, son environnement, etc., domaines où anthropologues et médecins peuvent se rencontrer peut-être plus aisément que sur les conceptions générales de l'homme et de la maladie.

On peut se demander dans quelle mesure une interrogation au sujet de l'individu malade et le projet d'une possible application de la recherche n'est pas favorisée lorsqu'on est anthropologue issu d'une culture, en l'occurrence américaine, où l'idéologie valorise à la fois l'initiative individuelle et la prise en charge communautaire. La place accordée au sujet malade dans les recherches anglo-saxonnes, par opposition aux recherches sur l'objet maladie en

(13) Depuis quelques années, cependant, l'individu réapparaît timidement sur le devant de la scène anthropologique à en juger, notamment, par l'importance prise par les biographies. Cependant, à ma connaissance, aucun groupe de chercheurs en anthropologie en France n'a produit un travail équivalent, par exemple, à l'ouvrage édité par Turner et Bruner (1986) consacré à l'expérience individuelle.

(14) A ce sujet, on pourra par exemple se reporter à l'ouvrage de B. Pfleiderer et G. Bibeau, *Anthropologies of medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives*, Curare Special Volume 7/1991, Braunschweig, Vieweg, et notamment aux articles de M.J. del Vecchio Good et D.R. Gordon sur les différences de conceptions aux États-Unis et en Italie au sujet de la capacité des individus à entendre ou non l'annonce de leur cancer et l'influence de telles conceptions sur l'attitude des médecins à l'égard du malade.

France, contribue peut-être à émousser les obstacles théoriques, voire intellectuels, à une possibilité d'application de l'anthropologie.

Des médecins insatisfaits de leur pratique

La demande d'anthropologie (mais pas nécessairement d'anthropologues, comme on le verra) s'accroît dans les milieux médicaux et cela, semble-t-il, à tous les niveaux d'exercice du savoir médical. L'Organisation mondiale de la santé emploie quelques rares ethnologues qui collaborent à la définition des programmes de l'organisme. Des organisations non gouvernementales, telle que Médecins sans frontières, ou encore le ministère français de la Coopération demandent à des ethnologues d'intervenir dans les programmes de formation qu'ils organisent pour leurs personnels amenés à s'expatrier.

Des ethnologues, « exotisants » ou non, sont également conviés à participer à des instances nationales :

« Des anthropologues sont désormais consultés et présents dans des instances régionales ou nationales qui ont à s'occuper par exemple de questions de bio-éthique (ainsi Nicole Echard qui siège au Comité national d'éthique) ou de questions où interviennent les rapports sociaux de sexe (Martine Segalen et moi-même participons aux travaux du Haut-conseil de la population et de la famille), ce qui permet de faire entendre un message le plus souvent considéré par nos partenaires comme inhabituel, parfois incongru. Mais l'important est sans doute qu'on observe une plus grande disponibilité de la part des corps constitués à nous considérer comme des partenaires, et aussi que les anthropologues font plus d'efforts que par le passé pour se faire entendre publiquement » (Héritier-Augé, 1991 : 69).

Il n'est jusqu'à la clinique qui ne soit en demande d'anthropologie. Des anthropologues sont souvent sollicités pour des séances de formation destinées à des infirmières qui travaillent ou travailleront dans des centres hospitaliers français. Le médecin généraliste serait lui aussi avide d'anthropologie si l'on en juge par les propos de ces médecins : « La démarche anthropologique mérite d'être introduite dans la pratique des médecins généralistes pour réconcilier rigueur et humanisme dans la prise en charge des malades » (Gibert, 1990) ; « ... la position anthropologique est un outil précieux dans l'exercice de la médecine au quotidien... » (Marin-tabouret, 1990 : 53).

Cet engouement pour l'anthropologie me semble indissociable de la modification des conditions d'exercice du savoir médical depuis quelques années et qui requiert du médecin de considérer autrement le malade, ou du moins de se préoccuper de plus en plus « des populations » (15).

L'acte médical individuel (la médecine curative) coûte trop cher. En France, les débats sur le déficit de l'assurance maladie qui conduisent aujourd'hui l'État à demander au citoyen français de réduire ses dépenses de santé en sont la meilleure illustration (16). Les pays en développement pour leur part sont « invités » par le Fonds monétaire international à réduire les budgets alloués à la santé lorsqu'ils « bénéficient » des mesures d'ajustement structurels. Dès lors, l'idéologie sanitaire actuelle, émanant d'instances internationales ou nationales, valorise la prévention, et partant, une réflexion sur les conditions de vie des populations.

En France, l'intérêt grandissant pour les populations est aussi sans doute lié à la modification du marché du travail médical : l'Hexagone est saturé en médecins de ville qui, par ailleurs, sont contraints à un endettement important pour s'installer et rester « compétitifs » eu égard au rapide progrès des techniques ; les rémunérations et les conditions de travail et d'avancement des médecins hospitaliers ne sont pas toujours attrayantes. Alors, nombre de jeunes praticiens se tournent vers l'épidémiologie et la santé publique, prennent une part active dans le fonctionnement d'associations de toute nature qui se spécialisent dans la prise en charge de telle ou telle pathologie, etc.

Les raisons économiques ne sauraient pourtant expliquer à elles seules l'intérêt accru pour les populations. Un organisme comme Médecins sans frontières est de plus en plus attentif à la démarche anthropologique, notamment depuis qu'il a dû passer d'interventions en situations d'urgence (guerres, soins aux réfugiés) à des situations où l'aide sanitaire aura des effets à moyen ou long terme et qui exigent de « négocier » avec les populations concernées, par

(15) L'utilisation dans le langage médical contemporain de l'expression « les populations » (« état de santé des *populations* », « *populations* à risque ») renvoie presque toujours à une entité abstraite (on parle très rarement de la *population* X ou Y, au singulier) mise en avant par une réflexion médicale qui veut se donner à penser le groupe, le collectif, alors qu'elle privilégiait antérieurement l'individu.

(16) Désormais, l'État français, pour réduire les dépenses de santé, va définir des objectifs de santé publique qui auront pour conséquence de fixer un taux d'évolution des dépenses et veut évaluer la pratique médicale en précisant, grâce à l'informatique, la nature exacte de la maladie constatée et de la thérapeutique décidée pour mieux juger de l'action du médecin et individualiser le bilan d'un malade (G. Desportes, « Dépenses de santé : l'accord minimal », *Libération*, 15 octobre 1992). Ainsi, l'acte thérapeutique individuel devrait-il être soumis à l'appréciation d'un tiers, l'appareil d'État, et se conformer à des objectifs de santé publique.

exemple, pour la mise en œuvre de programmes élargi de vaccination. (Martin, 1990 : 68-69). Dans ce cas, la modification d'un contexte politique, l'obligation d'envisager une action dans une situation qui risque de perdurer induisent un changement de conception des modalités d'intervention des médecins dans les pays en développement et justifient le recours à l'anthropologie. Par exemple, au sujet de la difficulté de réaliser une enquête de séro-prévalence auprès de réfugiés mozambicains au Malawi, un médecin déclarait :

« On a un gros problème : si jamais on fait des tests, on a des résultats. Si on dit : *“il y a tant de séropositifs”*, ils vont être renvoyés au Mozambique. Si on ne le dit pas, on n'a aucune information épidémiologique. Alors, pour le moment, l'OMS ne dit rien, les organisations non gouvernementales ne disent rien, on est dans un *no man's land* absolument terrible, sur le plan médical. Aucun anthropologue n'y est encore allé pour travailler cette question. Cela pose de gros problèmes aux équipes médicales qui disent *“mais qu'est-ce qu'on peut faire ?”* » (AMADES, 1992 : 55-56, souligné par moi).

Dans des contextes totalement différents, c'est le succès des « médecines douces », parfois conforté par des biologistes ou des médecins de renom (17), qui attire l'attention des médecins sur le comportement des malades et sur la question de la légitimité ou de la crédibilité de la médecine scientifique aux yeux des patients.

Le sida vient finir d'ébranler les certitudes du savoir médical. En découvrant en très peu de temps l'agent pathogène, la recherche biologique et médicale a fait la démonstration de son efficacité. Elle a en même temps démontré qu'un système immunitaire qui fonctionne bien, identifiable par la présence d'anti-corps contre le VIH, est la preuve d'une mort annoncée. On prescrit alors aujourd'hui, du moins dans les pays développés, un traitement médicamenteux (l'AZT) à une personne qui n'est pas nécessairement malade (les séropositifs asymptomatiques). Dès lors, les repères connus qui permettent de distinguer un individu sain d'un individu malade se brouillent, la disproportion entre l'efficacité de la recherche médicale et le peu de résultats thérapeutiques devient flagrant, et il ne reste pour combattre l'extension de l'épidémie qu'à s'adresser aux individus pour qu'ils modifient leurs comportements (sexuels).

(17) On peut évoquer « l'affaire » de la « mémoire de l'eau », le professeur Benveniste semblant donner une caution scientifique à l'homéopathie, ou encore les positions du professeur Minkowski en faveur des « médecins aux pieds nus » en Chine.

Toutes ces raisons (et sans doute y en aurait-il bien d'autres) dessinent une nouvelle configuration sanitaire qui amène les médecins à penser que l'amélioration de l'état de santé ne dépend plus seulement des progrès de la recherche médicale *stricto sensu* :

« En 1982, une conférence internationale, réunie à Tunis sous l'égide de l'UNICEF et d'ENDA-Tiers monde (Dakar), concluait ses travaux par une remarque pertinente : *"Les échecs et les progrès ne dépendent plus tant des médicaments et des actions thérapeutiques dont les progrès ont été considérables que de rattrapage du retard concernant les facteurs non directement biologiques"* » (Desplats, 1990 : 19).

Or, les médecins reconnaissent eux-mêmes qu'ils sont mal préparés à prendre en compte la complexité des attentes, des demandes et des comportements des malades dans des contextes économiques et politiques qui tendent à modifier l'idéologie sanitaire et médicale : « Sur le plan de la nosographie : la classification apprise en faculté se révèle inadaptée à l'exercice de la médecine en général (18) ; sur le plan de l'individu malade : la confrontation avec ce dernier implique de l'aborder dans un contexte familial, professionnel et social » (Marintabouret, 1990 : 51). La formation à la médecine apparaît aujourd'hui comme une formation par trop technique : le médecin

« a appris à trier dans le discours du malade des éléments significatifs, qui lui permettent de reconnaître ce que le profane ne sait pas reconnaître. Cette formation technique lui a fait en même temps évacuer de son attention une partie de ce discours, considérée comme non pertinente par rapport aux problèmes médicaux qu'il est de son rôle de prendre en charge. Or, c'est cette partie du discours qui est la plus visible, qui envahit le dialogue avec les malades. Et la faculté de médecine ne lui a pas enseigné qu'en faire. Et on nous demande, à nous anthropologues, d'aider à inventorier, à déceler un sens aux nombreuses formes de la demande qui sont adressées aux médecins et pour lesquelles ils n'ont pas de réponses... » (Benoist in AMADES, 1992 : 106).

Alors qu'aujourd'hui le malade réinvestit massivement sa maladie, qu'il n'apparaît plus seulement comme un porteur de patho-

(18) L'auteur veut sans doute souligner ici le hiatus existant entre la déclaration des malades et les possibilités (ou capacités) de prise en compte de ces déclarations par le savoir médical ; à ce sujet, cf. notamment P. Aiach, « Limites et ambiguïtés de la recherche en santé publique », *Cahiers des sciences humaines*, 28 (1), 1992 : 13-21.

logie mais également comme un individu ayant une demande, le médecin est, pour le moins, déconcerté.

D'une manière générale, « s'il y a demande des médecins, c'est qu'ils ont un sentiment d'échec de leurs interventions, et une prise de conscience de la nécessité d'un abord anthropologique à partir de leur expérience de terrain » (AMADES, 1992 : 32). Le désarroi des médecins est grand, et l'anthropologie devient nécessaire à la pratique médicale pour autant qu'elle permette de résoudre les problèmes d'identité du médecin face à un malade qui parle de lui-même et de son entourage :

« Face à l'angoisse des soignants et des malades, je pense que le souci anthropologique c'est de dégager des idéologies qui soient porteuses d'un soin acceptable et autogéré » (AMADES, 1992 : 77).

« L'anthropologie, pour nous [médecins], est-ce que c'est autre chose qu'un remède à l'angoisse des soignants ? » (AMADES, 1992 : 78).

« Visiblement, on est à une époque où la médecine manque de références, car elle possède des techniques qui dépassent largement son système de références et sa réflexion. Tout d'un coup, et ce n'est certainement pas un hasard, certains se tournent vers l'éthique et d'autres de mes confrères se tournent aussi vers l'anthropologie. Effectivement il y a une angoisse : l'angoisse des personnes qui cherchent un système de références » (AMADES, 1992 : 86).

« J'ai senti la crise d'identité des médecins et celle des infirmières. Et j'ai le sentiment que ces métiers en crise d'identité se tournent vers l'anthropologie comme vers un champ de théorie qui permet de se rassurer » (AMADES, 1992 : 126).

Les médecins sont à la recherche d'un nouveau sens à donner à leur pratique, quelle qu'elle soit ; dès lors, dans tous les domaines, il s'avère nécessaire d'adopter une nouvelle attitude, et l'anthropologie apparaît à bien des égards comme l'un des outils pour forger un nouveau « système de pensée » médical. Ainsi, un médecin (Rousset, 1989) déclarait, après avoir souligné la confusion qui règne aujourd'hui dans le monde médical et la conception fragmentaire, voire « éclatée » qu'ont les praticiens des malades, qu'il attendait des sciences de l'homme « une approche globale et non parcellaire ; une approche qui soit scientifique sans être trop réductrice ». J. Benoist (1989 a : 6), pour sa part, faisait remarquer que « bien des échecs tiennent moins à une insuffisance de la connaissance technique qu'à des attitudes porteuses d'incommunication »,

et l'anthropologie médicale « imprègne celui qui adopte son approche d'une nouvelle attitude intellectuelle » ; elle peut « apporter à la médecine moderne une distance critique sur sa propre pratique » (Cathebras, 1989).

Dans cette mesure, rien d'étonnant au recours du médecin généraliste à M. Mauss pour gérer sa relation avec les visiteurs médicaux : connaître l'*Essai sur le don* permet au médecin de refuser d'accepter qu'un visiteur médical donne deux boîtes d'un nouveau médicament dont on peut mettre en doute l'efficacité, car la boîte de médicament comme toute chose donnée, « même abandonnée par le donateur est encore quelque chose de lui. Par elle, il a prise sur le bénéficiaire », dès lors, « la démarche anthropologique mérite d'être introduite dans la pratique des médecins généralistes pour réconcilier rigueur et humanisme dans la prise en charge des malades » (Gibert, 1990). Nul doute alors que « ... la position anthropologique est un outil précieux dans l'exercice de la médecine au quotidien... » (Marintabouret, 1990 : 53).

Donner un sens à la pratique médicale aujourd'hui, telle est bien l'attente ultime à l'égard d'une anthropologie médicale appliquée : en « utilisant une approche essentiellement clinique et qualitative,... [elle] devrait pouvoir appliquer les concepts généraux de l'anthropologie à une situation concrète, proposer en un temps raisonnable une grille de lecture et un diagnostic, non pas nécessairement pour élaborer des solutions mais pour donner un sens aux événements liés à l'action du programme » (Desplats, 1990 : 23).

L'engouement des disciplines médicales pour l'anthropologie semble parfois sans limite :

« ... Si les sociétés occidentales orientées vers le progrès scientifique et le développement fonctionnent essentiellement avec la logique analytique du cerveau gauche, les sociétés traditionnelles laissent une place beaucoup plus large à l'expression et aux valeurs du cerveau droit, siège des intuitions, des images mentales, des "révélations" et des pouvoirs... Mais les valeurs du cerveau droit sont, hélas, méprisées et laminées par les sociétés dites "de progrès". Et pourtant, qui sait si ces pratiques qui nous sont aujourd'hui si étrangères ne confèrent point quelque valeur héroïque à des plantes qui, à nos yeux, ne le sont pas !... L'heure vient, à l'aube du troisième millénaire, où doit naître et va naître sans doute, à partir de la sensibilité et de l'éthique écologiques, un nouveau monde. Nul doute que l'ethnopharmacologie s'inscrira avec d'autres disciplines dans les grands axes scientifiques qui contribueront à en définir les contours » (Pelt, 1991).

Sans recours à l'anthropologie, l'avenir de la pratique médicale semble apparemment bien compromis.

La mise en valeur des pratiques culturelles traditionnelles

L'ordre médical a circonscrit deux domaines principaux où ses préoccupations sont censées rencontrer celles de l'anthropologie : la médecine traditionnelle, dans les pays exotiques, encore appelée « médecine parallèle » dans les pays occidentaux (19) ; la nécessaire compréhension réciproque des croyances et pratiques des acteurs profanes (les populations par définition sont en mauvaise santé et ne le savent pas) et des acteurs savants (les personnels médicaux) grâce à la formation et l'information. Faut-il rappeler que ces domaines intéressent le médecin, non seulement par souci de connaissance, mais surtout (la médecine étant essentiellement vouée à l'action) parce qu'ils devraient permettre d'identifier des pratiques à partir desquels il sera possible d'améliorer l'état de santé des individus ou des populations ?

L'efficacité des traitements traditionnels

Dans la plus parfaite compréhension de la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (1978), la médecine traditionnelle apparaît pour certains complémentaire de la médecine hospitalière. Dans un avant-propos à un ouvrage consacré à la médecine traditionnelle, un ancien directeur général de l'OMS avançait les arguments suivants :

(19) Si l'on peut dire, *grosso modo*, que ces deux « types » de « médecines » traitent la maladie en fonction de systèmes de représentations de nature équivalente, la différence d'appellation selon les latitudes semble néanmoins les hiérarchiser : au Nord, elles seraient plurielles et « à côté » (puisque « parallèles ») de la biomédecine ; au Sud, elles seraient constituées en un corps de savoir unique (utilisation du singulier) et encore tout entières inscrites dans le registre pré-logique de la tradition. Plusieurs auteurs se sont attachés à critiquer le mythe de la médecine traditionnelle : J.-P. Dozon et N. Sindzingre, « Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine », *Prévenir*, 12, 1986 ; J.-P. Dozon, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique africaine*, 28, décembre 1987 ; E. Fassin et D. Fassin, « De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques traditionnelles au Sénégal », *Cahiers d'études africaines*, 110, XXVIII-2, 1988 ; M.-É. Gruénais et D. Mayala, « Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle ? », *Politique africaine*, 31, octobre 1988 ; M.-É. Gruénais, « Vers une nouvelle médecine traditionnelle. L'exemple du Congo », *La revue du praticien*, 141, 10 juin 1991.

« ... Dans les pays en développement, certains administrateurs de la santé ont recommandé d'associer aux soins de santé primaires les guérisseurs traditionnels qui connaissent le contexte socio-culturel de la population, sont très respectés et ont acquis une expérience considérable. Des considérations économiques, les distances à couvrir dans certains pays, la force des croyances traditionnelles, le manque de professionnels de la santé, surtout dans les zones rurales, sont autant de facteurs qui ont contribué à cette recommandation. Des programmes adéquats de formation et d'orientation des guérisseurs et accoucheuses traditionnels ont déjà été mis au point dans plusieurs pays » (Mahler, 1983).

Les tradipraticiens permettraient ainsi de pallier les carences du système de santé dans les zones reculées, d'autant mieux qu'ils présenteraient l'avantage d'une bonne insertion dans leur milieu et de proposer des soins à faible coût :

« Voici un bon exemple de coopération [entre médecine scientifique et tradipraticiens] : un infirmier n'avait plus de médicaments dans son poste de santé. Il dit aux malades d'acheter des herbes médicinales chez l'herbaliste du coin. Nous pouvons dire que dans le département de Dschang l'ethnomédecine bamiléké et la biomédecine occidentale étaient réellement complémentaires » (Klefstad-Sillonville, 1990 : 59).

Ces propos, émanant d'un directeur régional de la santé au Cameroun, illustrent combien la « tradition », dont devra s'occuper l'anthropologue, est censée venir résoudre les carences du système de santé.

C'est incontestablement dans cette perspective qu'il faut situer l'expérience d'un ethnologue tel que J. Benoist, qui eut à répondre à une demande d'évaluation de l'état de la médecine traditionnelle dans trois régions du Bénin, en particulier pour mettre en évidence la diversité des pratiques et la nature des relations entre médecine moderne et médecine traditionnelle, et cela, dit J. Benoist, dans l'optique de « l'initiative de Bamako [émanant de l'OMS et qui préconise notamment une décentralisation du système de santé et un recouvrement des coûts] en tenant compte des coûts de la médecine traditionnelle et de son support actuel dans la population ». Le deuxième volet de ce programme devait être mis en œuvre par un économiste ayant pour mission d'établir le prix des médicaments qui seraient vendus par le commanditaire de l'étude (AMADES, 1992 : 45).

La question de l'existence de thérapeutiques traditionnelles efficaces et de l'administration de remèdes constitue ainsi un des

domaines d'application de l'anthropologie médicale. L'ethnologue, explorateur, est censé parfois pouvoir agir comme le découvreur de substances : « Nutritional anthropologists can act as *scouts* », par exemple, pour savoir si l'absence de scorbut chez les Masai ne provient pas d'une consommation insoupçonnée de plantes collectées dans la brousse et comportant les éléments nécessaires pour lutter contre cette pathologie (Wilson, 1978 : 74).

Tout autant qu'à la découverte de nouvelles substances chimiques dans les remèdes traditionnels, préoccupation majeure de l'ethnopharmacologie, c'est à la transformation de l'acte « thérapeutique » traditionnel en geste efficace pour la santé que l'ethnologue pourrait contribuer, par exemple en s'efforçant de corriger l'utilisation de certains remèdes traditionnels :

« D'après les médecins, certaines tisanes seraient ingérées à des doses nuisibles pour la santé, surtout dans le cas des jeunes enfants. C'est le cas de l'anis étoilé, utilisé pour guérir certains troubles digestifs. Ensuite, la valorisation de la plante face au médicament de pharmacie constitue un obstacle dans la relation, déjà difficile, entre médecins et malades, et cette vision influe sur la décision, très fréquente, d'abandonner les traitements biomédicaux » (Sturzenegger, 1989 : 67).

On peut également songer à se servir d'un acte traditionnel, sur lequel on ne porte pas nécessairement un jugement, pour amener les populations à utiliser des méthodes simples et efficaces pour lutter contre certaines pathologies. Ainsi, lorsque l'on sait que des tradipraticiens ou encore des mères administrent des décoctions de plantes aux enfants, on pourrait alors se préoccuper « d'identifier ce genre de canaux pour faire passer l'ingestion d'eau » et notamment « pour développer l'utilisation des solutions de réhydratation par voie orale qui permettent de lutter contre les effets néfastes (déshydratation) des maladies diarrhéiques » (AMADES, 1992 : 77 & 81).

Afin d'améliorer l'état de santé en s'appuyant sur les pratiques de soins traditionnels, il convient d'étudier les itinéraires thérapeutiques, un des sujets d'élection des ethnologues travaillant sur la maladie, pour « définir les niveaux appropriés d'intervention sanitaire » (Desclaux, 1989 : 50), pour identifier, par exemple, le type d'acteur qui serait le plus efficace pour administrer les solutions de réhydratation par voie orale aux enfants déshydratés, et pour savoir comment s'adresser à ces personnes. Ainsi, une étude d'itinéraires thérapeutiques avait montré que les mères recouraient aux thérapeutes traditionnels aux premiers signes de la déshydratation

de leur enfant et dès lors envisageaient que des attaques surnaturelles étaient à l'origine de la maladie ; « l'utilisation de solution minérale fut conseillée à ces thérapeutes simultanément à la pratique des rituels thérapeutiques habituels » (Desciaux, 1990 : 11).

L'intérêt des médecins pour les pratiques traditionnelles ne se limite pas toujours à l'administration de la substance efficace ; certains sont amenés à s'interroger sur les effets physiologiques des rituels :

« Comment certains états cognitifs entraînent-ils des réponses biologiques ? Comment, par la médiation des sens peuvent-ils aboutir à certaines transformations physiologiques qui, à leur tour jouent, ou non, un rôle thérapeutique ? Là, nous oscillons de tout l'ensemble d'études sur les *placebo*, à un courant, essentiellement Nord-américain qui fait appel à la neuro-encodrinologie. Les émotions, les traumatismes qui peuvent émaner de rituels qui sont souvent agressifs pour celui qui les vit aboutiraient à produire des réactions neuro-hormonales diverses » (Benoist, 1989 : 31).

Les interrogations sur les rapports entre les faits biologiques ou physiologiques et les faits culturels et sociaux sont cependant peu prisées des anthropologues français, exception faite des travaux ayant trait à l'alimentation (20). Les prises de position très fermes d'anthropologues à l'encontre de la sociobiologie (21) il y a quelque temps ne sont sans doute pas étrangères au peu d'intérêt actuel pour ce type d'étude. Néanmoins, commence à se dégager aujourd'hui en France une tendance, qui semble surtout le fait de médecins, à se préoccuper non pas précisément des effets physiologiques des faits culturels mais à proposer une approche anthropologique qui, en relation avec une démarche épidémiologique, s'inscrirait dans une perspective d'écologie humaine. Ainsi, par exemple, selon Cathebras, à l'anthropologie de la maladie, « née de l'ethnologie des sociétés traditionnelles qui privilégient les causes magico-religieuses et sociales dans leur explication du malheur », on pourrait opposer une anthropologie médicale

« qui se nourrit aussi d'approches plus biologiques, et surtout de l'épidémiologie. Car il faut — et c'est un regard complémentaire au précédent mais qui lui est radicalement hétérogène sur un plan épistémologique — considérer la maladie comme une réalité scientifiquement définie, et rechercher certaines de ses racines dans les

(20) A ce sujet, cf. l'expérience de A. Hubert rapportée dans cet ouvrage.

(21) Cf. par exemple le petit ouvrage de M. Sahlins, *Critique de la sociobiologie*, Paris, Gallimard, 1980, très rapidement traduit en français, ou encore les premiers numéros de la revue *Le genre humain*.

comportements humains et les pratiques sociales. Il faut enfin envisager la santé et la maladie, à l'échelle d'un groupe social, comme résultant d'interactions complexes au sein d'un *milieu à la fois naturel et culturellement construit*. Cette approche place l'anthropologie médicale dans le cadre plus général de l'*écologie humaine* » (Cathebras, 1989 : 13-14, souligné par l'auteur).

La nécessité du développement d'une perspective d'*écologie humaine* pour analyser l'état sanitaire et où l'on peut supposer que l'anthropologie aurait sa place est également soulignée par A. Froment qui se définit comme médecin-anthropobiologiste :

« Dans tous les cas, l'évaluation de l'état sanitaire se situe à l'*interface* entre sciences biomédicales et anthropologiques. Parce que les études épidémiologiques traditionnelles se focalisaient jusqu'à présent sur la description analytique de quelques maladies plutôt que sur une approche *holistique*, comprenant notamment les *représentations culturelles* de ces pathologies... » (1992 : 100, souligné par l'auteur).

Il est cependant un domaine pour lequel, semble-t-il, l'effet de la culture sur l'intégrité de la personne ne semble faire aucun doute : celui de la « maladie mentale ». La fascination réciproque de l'anthropologie, d'une part, et de la psychanalyse et de la psychiatrie, d'autre part, est ancienne (Freud, Roheim, Devereux, Bastide, Lévi-Strauss, Malinowski, Fortes, etc.). Pour marginal qu'il soit dans le champ des recherches anthropologiques en France, ce domaine semble pourtant un lieu privilégié d'application. L'expérience française la plus célèbre en la matière est incontestablement celle de l'équipe du professeur Collomb à l'hôpital Fann de Dakar et qui regroupait des ethnologues tels que E. et C. Ortigues, A. Zempléni, R. Collignon, J. Rabain (Collignon, 1978). Aujourd'hui encore, des expériences de collaboration entre psychiatres et anthropologues se poursuivent. On peut évoquer, par exemple, les termes à partir desquels devaient s'engager la collaboration entre une ethnologue et des psychiatres au Bénin. Ces derniers manifestaient un vif intérêt pour un mouvement prophétique et un culte vodou, et

« l'intérêt pour ces deux institutions thérapeutiques portait sur l'étude de l'hystérie dans les sociétés africaines, où la plupart des travaux d'ethnopsychiatrie concernaient davantage les *culture bound syndromes* et les névroses d'acculturation, même si la question de la transe de possession se pose depuis longtemps. L'hystérie perçue parmi les adeptes des cultes et des religions nouvelles était-elle

une production interne à ces institutions... ou un mode d'expression contrôlé et limité dans l'espace et dans le temps aux rituels de possession ? Cette curiosité des psychiatres béninois... incluait une interrogation sociologique sur la place et le rôle de ces institutions au sein de la société du Sud-Bénin » (Tall, 1992 : 68).

Dans ce domaine, la démarche anthropologique aurait une fonction, non seulement utilitaire, mais surtout instrumentale. Ainsi Tobie Nathan (1986), qui se déclare volontiers anthropologue, utilise des opérateurs symboliques culturellement marqués lors de ses consultations destinées à des populations immigrés qui souffrent de troubles psychologiques (22).

Si l'anthropologie peut avoir une telle fonction instrumentale, c'est sans doute parce que, selon certains, il existerait des concordances et des analogies entre la pratique psychiatrique et les pratiques thérapeutiques ne relevant pas de la biomédecine. Ainsi, C. Lesne (AMADES, 1992 : 10-13), psychiatre ayant exercé aux Antilles, déclare que le langage symbolique de la possession lui était facilement accessible car il renvoie notamment à une interprétation d'une problématique de la culpabilité et des anomalies dans les relations interpersonnelles ; dès lors, « le psychiatre formé en France, nourri de théories psychanalytiques et systémiques, se retrouve ici en terrain familier... L'approche systémique ressemble sans doute à ce qu'on appelle en Afrique le palabre thérapeutique... ». Le psychiatre utilise l'anthropologie « pour ses applications concrètes », elle permet notamment « de déterminer dans quelle mesure le savoir et le savoir-faire de la médecine scientifique sont concordants avec le système de croyances et de représentations d'une société donnée ; dans quelle mesure ils sont discordants ou contradictoires ; et alors de définir les moyens de réduire ces divergences ».

Au-delà du domaine très spécifique de la psychiatrie, le raisonnement positiviste reconnaît aujourd'hui volontiers que tout ce qui ressortit aux pratiques traditionnelles (qui ici n'ont d'autre unité que d'être définies négativement par rapport aux pratiques de la médecine scientifique) s'attache principalement à la *psyche*, le *soma* étant le domaine exclusif de la médecine scientifique. Dès lors, on ne sera pas surpris de constater que pour certains, il peut y avoir collaboration effective de la médecine traditionnelle avec la biomédecine, pour autant que les champs d'activité respectifs des deux « médecines » ne se recoupent pas. Ainsi, le directeur régional de la santé au Cameroun déjà cité faisait état d'une collaboration à

(22) Pour une critique de la démarche de T. Nathan, cf. notamment les propos de A. Zempléni dans AMADES, 1992, pp. 22-28.

son sens réussie et qui avait permis de définir les limites des compétences de chacun des secteurs ; en particulier, l'association des guérisseurs avait établi son propre code d'éthique définissant les relations avec l'hôpital, « interdisant le charlatanisme et la sorcellerie », définissant des règles d'hygiène pour la préparation et la conservation des remèdes. Selon ce code, devait être envoyés à l'hôpital les malades atteints de « maladies naturelles » telles que paludisme, fièvre typhoïde, morsures, blessures par des clous, fractures, hémorragies, vomissements de sang, « malades souffrant d'une grande douleur interne », femmes enceintes malades, femmes en travail n'ayant pas accouché dans les six heures. Et le médecin de préciser : « Ce règlement fut observé par les guérisseurs. De notre côté, nous envoyâmes aux guérisseurs spécialisés les malades atteints de troubles psychosomatiques ou de dérangement mental, troubles qui sont souvent associés à des désordres sociaux » (Klefstad-Sillonville, 1990 : 59). Dès lors, une collaboration est envisageable dans la mesure où le système de santé officiel fonctionne mal (absence de médicament) ou lorsque la médecine scientifique (qui ne se préoccupe que des « maladies naturelles ») est incompétente. Pour toute autre situation, le recours à des pratiques traditionnelles peut être considéré comme dangereux, et l'anthropologie être appelée à la rescousse pour comprendre les raisons des démarches des malades, comme dans le cas de cette enquête menée en collaboration avec un service de cancérologie à propos des recours aux médecines parallèles qui étaient considérés « comme une "perte de guérison" car ils limitent le diagnostic précoce : les malades en faisant confiance à des techniques non prouvées et à des traitements non adéquats, perdent un temps précieux » (Helary, 1990 : 79).

Comme le déclarait Zempléni, ce type de positions illustre combien aux yeux des médecins l'anthropologue « relèverait plutôt de la subjectivité locale, du savoir et des croyances du malade et de son milieu, etc., bref, qu'il serait réductible au psychologique ou au psychosociologique » (1990 : 98). De là à en conclure, par opposition, que les médecins seraient tout entier du côté de l'objectivité, ou du moins qu'ils sont les seuls au bout du compte à connaître le geste efficace, il n'y a qu'un pas (23).

(23) Ce pas est franchi par certains : « Les domaines de recherche qui sont identifiés pour l'avenir relèvent d'un bon choix et il faut poursuivre avec les instituts du Tiers monde les travaux en sciences des aliments, de leurs aliments à eux et en sciences biologiques. Les résultats pourront être évalués et mesurés objectivement et à la limite même prévus : *ce sont des sciences assez précises* et l'on peut se permettre d'être optimiste avec les chercheurs qui ont décidé de s'engager dans ces voies. *Il en est autrement des sciences humaines et sociales*. La démarche sera prudente et les résultats testés sur le terrain pour les confronter aux réalités des bénéficiaires et *écarter toute interprétation subjective* » (Basse, 1986 : 634 ; souligné par moi).

La formation à l'anthropologie ou la recherche d'une médiation

L'anthropologie semble nécessairement devoir être présente dans toutes les entreprises de formation, qu'elles s'adressent aux populations, aux tradipraticiens ou aux personnels de santé quel que soit leur statut.

L'anthropologue pourrait tout d'abord contribuer à apprendre à la population à se protéger, par exemple des effets secondaires d'actions de santé comme dans le cas des conséquences d'une campagne pour l'utilisation des moustiquaires imprégnées pour lutter contre le paludisme. Après l'une de ces campagnes, les moustiques ont changé de comportement : au lieu de piquer à l'intérieur des maisons après minuit, ils se sont mis à piquer à l'extérieur des maisons entre 21 et 23 heures. « Maintenant que nous avons étudié le comportement des moustiques, un anthropologue va nous aider à étudier le comportement de la population pour savoir comment on peut agir en demandant au moins aux groupes cibles des enfants de moins de 5 ans de rentrer plus tôt à la maison afin qu'ils soient protégés » (AMADES, 1992 : 74).

Il peut également lui être demandé de former des « tradipraticiens ». Dans un programme réalisé au Népal,

« l'intégration des thérapeutes traditionnels comme agents de santé communautaires dans le cadre des soins de santé primaires a incité quelques organisations à employer des anthropologues comme formateurs. Leur sensibilité aux aspects socioculturels leur permettait de négocier la définition des rôles respectifs des dhami-jankhris [définis comme "des spécialistes magico-religieux qui jouent un rôle de thérapeutes dans la lignée chamanistique"] et du dispensaire, là où les projets classiques proposaient une répartition des tâches uniforme pour tous les dhami-jankhris censés s'y conformer après une formation standard. Un programme impliquant un anthropologue a, par exemple, choisi de former des thérapeutes traditionnels à la planification familiale plutôt que d'attribuer ce domaine au dispensaire, à partir de l'observation que pour la communauté concernée, la fécondité était davantage une affaire de dieux qu'une affaire de santé. Dans un autre programme, un anthropologue était chargé de tester et adapter des schémas utilisés comme matériel pédagogique. A ce stade, le travail anthropologique intervient pour définir au plus juste ce qui est "approprié au niveau logistique" » (Desclaux, 1990 : 12).

La mission éducative qui pourrait être confiée, entre autres, à l'anthropologue, est parfois affirmée avec beaucoup plus de force et de conviction : « Il manque sur le terrain des vulgarisateurs,

spécialistes en sciences sociales et humaines imprégnés du bien-fondé de la nutrition, qui seraient la courroie de transmission des résultats de la recherche aux populations » (Basse, 1986 : 640).

Les populations désireuses d'améliorer leur état de santé auraient donc tout à gagner à accueillir des anthropologues parmi elles. Les principaux concernés par la formation en anthropologie restent cependant les personnels paramédicaux et médicaux. L'anthropologie peut faire son entrée dans la formation des travailleurs sociaux, comme à la Réunion où des travailleuses familiales, chargées d'animation dans les quartiers et de l'aide aux plus démunis, ont reçu une formation pour « faire une étude de population dans [leur] quartier d'intervention en utilisant essentiellement certains outils d'enquête ethnologique » (Cohen, 1990 : 33).

Depuis de nombreuses années, des anthropologues participent, en France comme à l'étranger, à la formation des personnels de santé et des travailleurs sociaux. A. Julliard précisait que, dans la région de Lyon, la généralisation des contacts entre ethnologues et formateurs des professionnels de la santé et du travail social date du milieu des années 70 (AMADES, 1992 : 108). Dans ce domaine, un des exemples les plus aboutis en France est très certainement l'expérience de J.-P. Castelain, responsable depuis 1975 d'une formation en anthropologie à l'hôpital du Havre, qui s'adresse à des personnels paramédicaux (AMADES, 1992 : 112-113). J.P. Castelain (1990) justifiait dans les termes suivants la nécessité du maintien de cette formation qui était alors menacée : elle permet d'accéder à un nouveau regard auquel

« il faut ajouter une nouvelle écoute du malade, de ses besoins et de sa sensibilité, qui permet une meilleure prise en charge à ces moments difficiles où l'individu sent, non seulement que ses intérêts vitaux sont en jeu mais que, puisqu'il se trouve hors de chez lui [l'auteur fait référence ici aux populations immigrées], son système de repérage socioculturel (dont on sait maintenant l'importance qu'il tient dans le rapport que les gens entretiennent avec la maladie et la guérison) ne joue plus un rôle protecteur. C'est ainsi que les stages [d'anthropologie] en question contribuent efficacement à "l'assistance aux personnes en danger" qui justifie l'existence même de l'hôpital et dont l'opinion publique comprendrait mal qu'un centre hospitalier veuille se priver ».

Les travailleurs sociaux, les personnels paramédicaux, les infirmières, mais aussi les médecins, notamment ceux qui désirent acquérir une formation à la santé publique en vue d'une pratique dans les pays du Sud, sont de plus en plus souvent les destinataires d'enseignements d'anthropologie. Un des enseignements de ce

type que j'ai pu effectuer, et qui s'adressait à des médecins ressortissants d'Afrique centrale préparant un certificat d'études spécialisées (CES) de santé publique, s'intégrait dans un module plus général intitulé « diagnostic communautaire » où l'anthropologie figurait notamment à côté de l'épidémiologie et de la démographie. Cette utilisation de l'anthropologie dans les formations de santé publique participe en effet d'un souci général de trouver une adéquation entre l'action du professionnel de santé et la demande de santé des populations. Pour les médecins de santé publique, il apparaît alors nécessaire de procéder à un « diagnostic » où « l'assemblage des sciences humaines prend ainsi une autre dimension : géographie, sociologie et anthropologie ne sont plus présentées comme des corpus scientifiques inaccessibles ou abscons, mais s'articulent avec des disciplines plus "classiques" en médecine (épidémiologie, psychologie), pour broser un tableau complet et intelligible de la communauté » (Tessier, 1990 : 40).

L'expérience de J. Chiappino, qui participa surtout en tant que formateur à un projet d'assistance sanitaire aux Yanomami du Venezuela, semble se situer très exactement dans cette perspective de « diagnostic communautaire » où viennent se rejoindre apparemment les fondements des démarches médicale et anthropologique :

« Face à la situation médico-sanitaire d'un milieu rural isolé, mal connu sur le plan épidémiologique, qui, de plus, contraint à recourir à un personnel de recherche et de soins non médical, l'existence d'un lieu de formation, de concertation et de coordination est indispensable ; d'autant plus que la collaboration de ce personnel impose, d'une part, que celui-ci reçoive une certaine formation médicale et anthropologique et, d'autre part, qu'il soit soumis à un contrôle du savoir acquis et des conduites à tenir... Ce lieu doit donc se charger de la formation médicale du personnel polymorphe employé, mais aussi de sa formation sociologique en l'initiant à des principes éthiques fondamentaux adaptés aux populations. Cette volonté rejoint d'ailleurs les principes éthiques de l'institution médicale qui précise, rappelons-le, que tout soignant a pour devoir de respecter, dans ses actes, les croyances et la morale des personnes à sa charge sur le plan de la santé » (Chiappino, 1992 : 114-115).

Éveiller les personnels impliqués dans des opérations de développement sanitaire à la complexité des modèles explicatifs locaux, telle semble donc être la mission attribuée à l'anthropologie : « L'anthropologie médicale appliquée au développement sanitaire a d'abord permis d'expliquer les échecs de certains programmes

d'éducation sanitaire, en explorant la complexité des modèles explicatifs des communautés concernées par ces programmes » (Desclaux, 1989 : 46). Il faut comprendre les populations pour mieux les soigner, et cela grâce à l'anthropologie, comme dans l'exemple de la collaboration de D. Bonnet (1990) avec des paludologues : « L'interpellation initiale des médecins à l'égard des ethnologues s'appliquait... à pouvoir communiquer avec les populations. "Comment parler du paludisme s'il n'est pas identifié comme une maladie ?" ». Et l'auteur de poursuivre : l'étude anthropologique

« a été essentiellement utile aux médecins cliniciens, aux démographes et aux épidémiologistes. Elle a permis aux premiers d'être plus attentifs aux discours des malades par une meilleure compréhension des logiques symboliques qui les sous-tendent. Elle a conduit les autres à reconsidérer leurs méthodes de travail de façon à améliorer la fiabilité de leurs résultats... Les travaux des ethnologues doivent ainsi surtout aider les développeurs à mieux comprendre les structures cognitives et sociales des populations au sein desquelles ils cherchent à intégrer de nouveaux modèles de penser et de savoir-faire ».

Il existe donc une demande réelle et importante des médecins, apparemment relativement circonscrite, à l'égard de l'anthropologie. Telle qu'elle apparaît dans les propos rapportés ci-dessus, cette demande ne saurait heurter les anthropologues puisqu'elle consiste apparemment à convier ces derniers à faire leur travail et à en informer les médecins : aider à la compréhension de la culture de l'Autre pour une plus grande efficacité de l'acte médical pour prévenir les échecs des programmes sanitaires et finalement pour améliorer l'état de santé des populations.

Demande d'anthropologie ou collaboration avec des anthropologues ?

Les relations entre anthropologues et médecins tendent cependant à se dégrader lorsque l'on passe des déclarations d'intention aux modalités effectives de travail en commun.

A la recherche du vecteur culturel

Le médecin est angoissé lorsque sa pratique n'a plus de sens. Cependant, la crise d'identité du médecin semble surtout tenir à la difficulté d'appréhender le malade et en rien à une possible remise en cause, même partielle, de la véracité du paradigme en vigueur (celui de la médecine expérimentale et pasteurienne) qui fonde le savoir médical contemporain. Tout ce qui ressortit au domaine des pratiques des personnels médicaux relèverait de l'objectif (voire du réel), alors que les malades, pour leur part, seraient tout emprunts de subjectivité (et d'imaginaire). En guise d'illustration (on pourrait prendre bien d'autres exemples), on peut se référer à la distinction, classique en santé publique, établie entre les « besoins » de santé des populations, identifiés par les médecins, et les « demandes » telles qu'elles peuvent être formulées par ces mêmes populations : « Les besoins représentent la morbidité dite "objective", en fait mesurée par les professionnels de santé alors que la demande est la morbidité "subjective" ressentie par la population comme pouvant bénéficier d'une intervention du système sanitaire... » (Deschamps, cité par Tessier, 1990 : 40, souligné par moi) (24). Dès lors, toutes les interrogations sur le sens de la pratique médicale ont trait à l'individu praticien et non pas à la validité de la discipline qui ne saurait souffrir aucune critique et aucune remise en cause.

Selon J. Benoist (1989 b : 27), durant leurs études, les médecins apprennent « l'universel », alors que, dans le quotidien, ils rencontrent d'abord « le singulier, le particulier, l'événementiel », et la distance croissante qui sépare les succès toujours plus nombreux de la médecine et l'insatisfaction des malades à l'égard de la médecine « suscite des doutes, non pas sur la capacité technique de nos actions [celle des médecins], mais sur l'écho que reçoit cette capacité chez ceux auxquels [la médecine] s'adresse ».

Certains ethnologues, comme certains médecins, s'accordent alors parfois volontiers à défendre le flambeau du positivisme, voire du scientisme, lorsqu'il s'agit de préciser la nature de l'apport de l'anthropologie. Par exemple, l'anthropologie serait à la médecine ce que les médecines douces sont à la médecine scientifique : « Les "sciences douces", que ce soient les médecines alternatives qui se disent "douces" ou les sciences humaines qui effectivement le sont,

(24) Pour une critique de « l'objectivité » de programmes de santé publique s'attachant aux « besoins » des populations, on pourra se reporter à D. Fassin et A.-C. Defossez, « Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Équateur », *Cahiers des sciences humaines*, 28 (1) 1992 : 23-36.

ne doivent pas s'effaroucher des modèles forgés dans les "sciences dures", ni être des sciences floues... » (Laplantine, 1989 : 43). Alors, même si l'on sait que l'amélioration de l'état de santé des populations ne dépend pas seulement des progrès réalisés par la recherche médicale, comme on l'a vu plus haut, en dernière instance le paradigme de l'agent biologique cause de la maladie devrait rester en toute circonstance le cadre de référence d'une analyse d'anthropologie médicale.

Par exemple, chez les Fore, on aurait mis en évidence la disparition concomitante d'une encéphalopathie appelée *kuru* et du cannibalisme :

« Ce sont les travaux d'anthropologues qui ont permis d'associer cette disparition à celle du cannibalisme rituel, et à soulever l'hypothèse d'un agent infectieux transmis lors des cérémonies de préparation de corps des défunts. En effet, ces préparations étaient effectuées uniquement par des femmes et la consommation de certaines parties du corps était réservée à certains membres du lignage, par exemple, pour la consommation du cerveau, à la femme des fils et des frères de la défunte. Le cannibalisme n'était pratiquement pas pratiqué par les hommes, qui considéraient que cette pratique les rendait vulnérables aux flèches ennemies. Ainsi s'expliquait les particularités épidémiologiques de la maladie, d'autant que dans le même temps était mis en évidence le caractère transmissible du *kuru*, qui s'avérait résulter de l'infection par un virus lent, dit "non conventionnel", du système nerveux » (Cathébras, 1989 : 15).

Dans ce type de raisonnement, on identifie *un* facteur culturel (25) (le cannibalisme des femmes) qui prend tout son sens dans la mesure où il intervient comme la cause finale d'une situation anormale, à savoir, l'absence de généralisation de l'infection dans l'ensemble de la population chez laquelle le virus est présent. Or, on peut sérieusement mettre en doute les conclusions. En premier lieu, on peut s'interroger sur les conséquences épidémiologiques à l'échelle d'une population entière d'un rituel, donc d'une procédure exceptionnelle, et qui n'amenait à consommer qu'un très petit nombre de morts. Par ailleurs, étant donné que le cannibalisme était très fréquemment le fait des femmes (Lévi-Strauss, 1984), il aurait fallu pour pouvoir tirer une telle conclusion procéder à des comparaisons avec d'autres sociétés où les femmes s'adonnent également au cannibalisme. Enfin, et surtout, on se demande com-

(25) Il est rare que plusieurs traits culturels soient évoqués dans ce type de raisonnement, ce qui, si l'on en croit Horton (1967), est aisément compréhensible puisque une des caractéristiques principales de la pensée scientifique occidentale serait l'établissement de relations bi-univoques et orientées entre un effet et une cause unique.

ment ont été recueillies les données mettant en évidence « les particularités épidémiologiques de la maladie » : a-t-on procédé à une enquête auprès d'un échantillon représentatif de femmes fore et qui consistait entre autres à leur demander si elles avaient mangé un cerveau humain dans les six derniers mois ! Ici, peu importent les réalités des pratiques et la rigueur du raisonnement pourvu qu'à une pathologie bien identifiée par la recherche médicale on puisse associer un facteur culturel.

Entre le médecin (ou le personnel médical) et le malade, il y a la culture (« primitive » ?) ; et la culture peut être responsable de tous les maux. Le cas du sida en Afrique est, à cet égard, particulièrement éclairant :

« La genèse de l'épidémie, et plus précisément l'apparition du virus chez l'homme, ont ainsi donné à certains l'occasion de mobiliser leur imagination pour tenter d'expliquer le passage d'un virus mutant du singe vert à l'homme : blessure à l'occasion de chasse, repas de chair simienne, voire suggestion de relations très particulières que pourraient avoir certaines populations avec leurs singes. De même, la compréhension des modalités de contamination paraît conduire à la recherche systématique de mécanismes propres à l'Afrique, telles que ces pratiques rituelles qui mettent en jeu des contacts sanguins (scarifications, circoncision, excision, etc.) ; toutes hypothèses que des vérifications statistiques ne semblent pas toujours avoir conforté... Que ce soit l'image d'une Afrique proche de la nature (liens avec les singes, appétence et promiscuité sexuelles) et primitive (accomplissant depuis la nuit des temps les mêmes blessures rituelles) ou celle d'une Afrique "mal partie" dans la voie du développement, mais livrée à l'indolence et au plaisir, tout concourt en effet pour installer ce "berceau de l'humanité" en complice et en victime du sida » (Dozon et Fassin, 1989 : 23-25).

Il convient alors de traquer le facteur culturel qui expliquerait la prévalence d'une pathologie particulière. Ainsi, par exemple, on (c'est-à-dire des médecins) en vient à s'interroger sur la circoncision ou sur la pratique de scarifications comme cofacteurs (pour employer une expression à la mode dans le domaine des maladies infectieuses) culturels de la transmission du sida, pour conclure, lorsqu'il s'agit des travaux les plus rigoureux, par exemple que la circoncision peut ou non favoriser la transmission du sida (Deniaud, Livrozet, Rey, 1991).

Un facteur culturel en vient à tout expliquer, y compris l'impossibilité des médecins à faire correctement leur travail comme dans cette étude, citée par J. Benoist (1989 b : 31-32), sur les effets physiologiques des rituels et notamment de la possession, étude

mise en œuvre par une équipe canadienne qui « s'est heurtée à une barrière à partir du moment où elle a voulu faire des prises de sang chez des gens en possession, car pendant la période cérémonielle l'individu est tout entier le Dieu, et on ne va pas prendre le sang du Dieu ». Ici, l'interprétation culturaliste domine toute réflexion sur la santé, en amont et en aval (la culture doit avoir des effets physiologiques, mais c'est cette même culture qui empêche d'évaluer les effets physiologiques de la culture) au point que l'impossibilité matérielle d'effectuer une prise de sang à des possédés qui, comme chacun sait, sont alors dans un état d'agitation extrême, ne semble jamais avoir traversé l'esprit des responsables de l'étude.

Dans ces conditions, l'anthropologie est médicale dans la mesure où elle mettrait en évidence des traits culturels dont l'importance est mesurée à l'aune de leurs effets physiologiques ; l'efficacité, pathogène ou au contraire thérapeutique, de certains rituels serait peut-être symbolique mais surtout biologique, si l'on se réfère à l'étude déjà citée sur les conséquences endocriniennes de la transe. L'anthropologie, en prêtant attention à certaines pratiques, permettrait donc de valider le raisonnement médical puisque dans les quelques exemples cités, il n'y a guère d'interrogation sur un domaine autre que celui délimité par la connaissance médicale scientifiquement avérée de certaines pathologies.

Ce qui importe souvent, pour l'ordre médical, c'est en fait de trouver l'interrupteur culturel qui permettra au médecin d'agir. J. Girard, coordonnateur de l'enseignement de médecine générale pour les médecins praticiens suivant une formation continue, s'adressait à des anthropologues dans les termes suivants :

« Que faire dans les cas suivants ? M'a-t-on appris à la faculté de médecine sinon à répondre du moins à réfléchir sur ce témoin de Jéhovah qui me refuse une gamma-globuline ? M'avez-vous appris à réfléchir sur l'insuline de porc que je prescris à un musulman diabétique ? M'avez-vous appris à réfléchir sur cet écolo à tout crin qui me refuse la cortisone dans sa polyarthrite rhumatoïde ? » (AMADES, 1992 : 59-60).

Pour un raisonnement qui établit une relation univoque de cause à effet entre un agent pathogène et une maladie, il devrait donc exister un fait culturel qui, à l'instar de l'anophèle vecteur du paludisme, serait le chaînon manquant sur lequel il suffirait d'agir (c'est-à-dire souvent de supprimer avec l'aide de l'anthropologue) pour que l'état de santé des individus soit plus conforme au besoin de santé tel qu'il est identifié par le médecin. Le « vecteur cultu-

rel » occupe alors une telle place qu'il semble prendre parfois l'apparence d'un trou noir absorbant toute l'énergie et la réflexion des médecins. Car, on peut en effet se demander si le musulman diabétique doit nécessairement être informé de la nature du produit qu'on lui injecte ou si l'on ne pouvait choisir un meilleur moment qu'une séance de possession pour effectuer un prélèvement ? On peut également se demander, par exemple dans le cas du cannibalisme ou des interprétations sur le sida cités plus haut, quelle peut être la validité d'une hypothèse épidémiologique sur la transmission d'un virus alors qu'il s'agit d'une pratique exceptionnelle. Les « vecteurs culturels » sont valorisés à un point tel que l'on ne se préoccupe pas de leur réalisation effective. Aux yeux de la médecine, l'homme disparaît derrière sa pathologie mais aussi, paradoxalement, derrière sa culture.

Tout se passe comme si l'angoisse des médecins, dont on ne saurait mettre en doute l'authenticité, les amenait à faire un détour par l'anthropologie pour conforter la croyance en l'infailibilité du paradigme médical actuellement dominant (26).

Une anthropologie sans anthropologues

La demande est très utilitaire, voire utilitariste ; l'anthropologie doit servir ici et maintenant. « *L'anthropologie c'est bien, ça nous aide à réaliser nos programmes mieux et plus vite* », selon des propos relevés par D. Martin (1990 : 70) auprès de personnels de l'organisation Médecins sans frontières ; il poursuit : « Autrement dit, les médecins attendent avant tout de l'anthropologie un *service* visant à répondre à des questions sur les "résistances culturelles" à des programmes médicaux » (souligné par l'auteur).

Le souci de l'identification du vecteur culturel conduit alors à demander à l'anthropologue de jouer un rôle de technicien. Ainsi, au sujet du travail en collaboration avec des anthropologues spécialisés en ethnosciences et impliqués dans des recherches d'ethnopharmacologie, on peut lire dans une publication récente :

« Although some importance is accorded to the contributions of other sciences, e.g. anthropology, they are regarded merely as *ancillary* to natural science ; following its methods, these other

(26) Toute chose étant égale par ailleurs, je serais tenté ici d'établir un parallèle avec les sentiments exprimés par un jésuite qui, grâce à l'approfondissement de ses connaissances sur les devins-guérisseurs et les nouveaux chefs religieux (prophètes, etc.) en Afrique, a constaté un renforcement de sa foi dans le Christ (E. de Rosny, *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala, 1992, pp. 203-212).

sciences are expected to provide adequately collected and documented material suited for further scientific analysis. By way of self-criticism I want to state that I, too, was until recently an adherent to this narrow natural-scientific view of ethnopharmacology » (Prinz, 1991 : 98, souligné par moi).

Si, comme on l'a vu, l'introduction de l'anthropologie semble nécessaire, pour les personnels médicaux, dans tous les domaines de leur pratique, en revanche, le savoir(-faire) des anthropologues semble largement inadapté voire inutile dans les mêmes domaines.

Dans le domaine de la formation tout d'abord. Les infirmières, qui à bien des égards apparaissent souvent comme les personnels médicaux les plus réceptifs au discours anthropologique, critiquent l'enseignement qui leur est prodigué :

« Dans la formation des infirmières, surtout depuis une dizaine d'années, depuis le nouveau programme, nous avons une sensibilisation à l'ethnologie. On a mis du temps pour trouver quel type d'enseignement, quelle forme d'enseignement, puis on est arrivé, avec des ethnologues, en particulier avec la faculté de Lyon, à se dire "partons de nos pratiques, partons de nos terrains", et actuellement on fait l'enseignement de l'ethnologie à partir de ce qu'observent les élèves-infirmières. Et on s'aperçoit que ça passe beaucoup mieux. Il y a quelques années de cela, on faisait appel à un ethnologue qui venait nous parler de son expérience de l'Afrique, de l'Inde, etc. Tout cela nous paraissait tellement loin que l'on n'arrivait pas à faire de transfert, et l'ethnologie ne passait absolument pas à l'école d'infirmières » (AMADES, 1992 : 52).

L'anthropologie n'apparaît pas comme une discipline unifiée, ou du moins ne donne pas l'illusion d'un corps de savoir constitué et valable, ne serait-ce que par analogie, pour des contextes différents. Dans cette mesure, comme on le verra par la suite, se font jour des demandes d'une anthropologie spécifiquement adaptée à la demande médicale.

Les critiques à l'égard des anthropologues, toujours dans le domaine de la formation, deviennent plus vives à mesure que l'on passe des infirmières françaises aux personnes amenées à se trouver dans des contextes culturels distincts du leur, et de ces dernières à des médecins partant « sur le terrain ». Ainsi, alors que le ministère de la Coopération, dans ses programmes de formation continue destinés à des personnels expatriés, introduisait un certain nombre de thèmes dont l'anthropologie médicale, l'évaluation de ces formations a fait apparaître que l'anthropologie était très loin des préoccupations de ces personnels (AMADES, 1992 : 43).

Quant aux propos des médecins, ils sont parfois sans appel comme en témoigne ces quelques phrases relevées par D. Martin au sujet de l'évaluation d'un enseignement d'anthropologie : « *“Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement, alors l'anthropologie... !”* ; *“Très bien, mais manque de concret, on voudrait pouvoir en retirer quelque chose pour le travail sur le terrain”* ; *“Inutile, inutilement compliqué !”* ; *“L'anthropologie ? c'est parler de façon compliquée de choses simples”* » (Martin, 1990 : 69).

Les reproches des médecins à l'égard de l'anthropologie ou de la sociologie sont de deux natures selon Fassin (1989 : 107) :

« Elles parlent pour ne rien dire, c'est-à-dire à la fois elles disent des choses que nous connaissons déjà et elles les disent de façon compliquée ; elles ne savent que critiquer, c'est-à-dire à la fois elles tiennent un discours de contestation et elles ne proposent pas de solutions de rechange (cette dimension des sciences sociales est évidemment particulièrement sensible lorsque la critique porte sur le pouvoir médical) ».

D'une manière générale, le travail des anthropologues semble peu convenir aux recherches et travaux relatifs à la santé. Le manque de rigueur de l'anthropologue est généralement mis en avant, même parmi les médecins les plus favorables à l'approche anthropologique : il faut associer

« la richesse de l'approche anthropologique à la rigueur de l'approche épidémiologique. Mais d'autres approches, celles de l'économiste, du démographe, du géographe pour n'en citer que quelques-uns, enrichiraient la démarche, qu'elle concerne l'objectivation, la planification, ou l'évaluation dans le domaine de la santé » (Desclaux, 1989 : 51).

Sourd alors le reproche récurrent d'une discipline privilégiant une approche qualitative non rigoureuse qui s'oppose aux disciplines statistiques « sur des échantillons représentatifs ».

Pour toutes les raisons évoquées ci-dessus, on comprend alors qu'il devient déconseillé de travailler avec des anthropologues « sur le terrain ». La longueur des enquêtes qu'exige la démarche anthropologique peut décourager les commanditaires potentiels, eu égard au coût journalier des experts :

« Les questions pour lesquelles les développeurs aimeraient pouvoir solliciter des anthropologues étaient formulées en termes de problématiques très appliquées, relevant de tous les domaines, en particulier celui de l'impact socioculturel des programmes et de leurs

effets pervers. Plusieurs déclaraient ne pas pouvoir commanditer des études anthropologiques à cause de leur coût » (Desclaux, 1990 : 16).

Les anthropologues travaillent trop lentement, manquent de rigueur, mais surtout adoptent des positions par trop critiques, ce qui rend leur intervention inappropriée. Parmi les réticences des organismes spécialisés dans le développement à employer des anthropologues figurent

« des raisons tenant aux positions souvent considérées comme non constructives des anthropologues qui s'opposent aux projets qu'ils jugent *inappropriés au niveau culturel*, et qui, de l'avis des développeurs, ne tiennent pas compte des limites, notamment matérielles, imposées aux programmes sanitaires » (Desclaux, 1990 : 16).

L'anthropologie est donc beaucoup plus appréciée que les anthropologues, et les médecins ont d'autant plus de légitimité à porter un jugement sur l'anthropologie des anthropologues qu'ils s'affichent eux-mêmes parfois comme étant naturellement anthropologues. Les anthropologues et les médecins chassent sur le même terrain « humaniste », selon J. Benoist (AMADES, 1992 : 102) :

« ... Le Professeur Colin, de la Faculté de médecine de Lyon, exprimait l'avis que je partage tout à fait, qu'il existe à l'intérieur des facultés de médecine, dans certaines des traditions du corps médical, une préoccupation qui rejoint d'une certaine façon celle des anthropologues. Elle est faite à la fois d'un fond de culture humaniste, et du souci d'une éthique centrée sur le malade ».

Il existerait une espèce de convergence naturelle entre les préoccupations des deux disciplines, ce qui autoriserait les médecins « à se croire "naturellement" sociologues et anthropologues, puisqu'ils côtoient quotidiennement des problèmes humains », comme le constatait D. Fassin (1989 : 107). Dans ces conditions, on comprendra aisément que, après coup, la formation à l'anthropologie n'apparaît pas nécessaire : A. Julliard faisait remarquer que, dans l'enseignement donné aux professionnels de la santé, « les sciences humaines sont présentées dans ce milieu comme des sciences où la formation n'est pas indispensable. Tout le monde peut devenir ethnologue, sociologue ou psychologue à partir de quelques morceaux de savoir » (AMADES, 1992 : 112).

De plus, aux yeux des médecins, l'anthropologue traitant de la santé n'est pas crédible tant qu'il n'est pas un peu médecin : « ... l'anthropologue a parfois des naïvetés qui le disqualifient aux yeux des médecins. Car d'emblée il n'est pas crédible puisqu'il ne

se pose pas les questions fondatrices même sur lesquelles la médecine a longuement travaillé » (AMADES, 1992 : 117). Il n'est pas crédible, selon J. Benoist, parce qu'il n'a pas les connaissances médicales nécessaires :

« En effet, communiquer dans le domaine de la santé avec des médecins, implique que l'on puisse être crédible sur le plan de la connaissance que l'on a du domaine de la santé, sinon on se disqualifie. Des positions informées sur les fondements de la pathologie, de la thérapeutique, de l'étiologie, sont un préalable à toute entente, sinon comment prendraient-ils en considération des propos sur ce qu'ils connaissent, par des gens qui leur montrent qu'ils ne connaissent pas ce dont ils parlent ? Prenons par exemple cette attitude classique qui est de s'interroger sur "comment les guérisseurs guérissent" sans jamais se poser la question : "guérissent-ils ?" » (AMADES, 1992 : 116).

Inversement, les médecins ont une parole d'autant plus autorisée qu'ils sont dans l'action, qu'ils soignent : « La légitimité de l'acte médical l'emporte généralement sur l'urgence des sciences sociales (on se voit mal retardant un examen de malade ou un entretien avec une famille pour terminer un article...) » (Fassin, 1989 : 104). Dès lors, étant naturellement anthropologues (et à cet égard disposant d'une certaine supériorité par rapport aux anthropologues professionnels qui *ont appris* leur métier), avec la crédibilité et la légitimité en plus, le médecin sait par définition ce que doit être l'anthropologie médicale. Être médecin permet ainsi de définir « le champ de l'anthropologie médicale » (Cathebras, 1989) ou encore d'apprécier ce qu'est « le "terrain" en anthropologie médicale » (Taverne, 1989). Cela permet également de juger ce qui est de l'anthropologie et ce qui n'en est pas. Par exemple, à propos du travail de B. Hours sur les systèmes de santé, un médecin déclarait : « Je me demande bien si c'est toujours de l'anthropologie médicale quand on fait de l'audit hospitalier, quand on se permet de qualifier les infirmiers, d'exclure les médecins. Si c'est toujours bien de l'anthropologie médicale quand on intervient, au nom d'un gouvernement, directement ou indirectement » (AMADES, 1992 : 84).

L'anthropologie des anthropologues étant inadaptée, et les médecins ayant une légitimité supérieure à celle des anthropologues professionnels à être anthropologues, ils ont donc toute latitude à créer une nouvelle discipline appelée « anthropologie médicale » qui se distingue nettement de l'anthropologie : « Pour exister comme telle, l'anthropologie appliquée au développement ne devrait-elle pas se différencier assez nettement de l'ethnologie clas-

sique... ? » (Desplats, 1989 : 23). Proposition volontiers reprise par certains ethnologues :

« En tant que jeune ethnologue,... j'ai l'impression que lorsqu'on commence à travailler, on a effectivement des méthodes, mais les méthodes de l'ethnologie classique. On se trouve terriblement dépourvu face à des demandes d'anthropologie appliquée. Je ne crois pas que les méthodes de l'anthropologie classique soient transposables telles quelles à l'anthropologie appliquée. Sinon, on est tout à fait coïncé avec le problème du temps » (AMADES, 1992 : 95).

Pour répondre à leurs besoins d'anthropologie, les médecins élaborent alors, certes en collaboration avec certains anthropologues, des méthodes d'enquête rapide. A propos d'une enquête réalisée dans le cadre d'une formation de personnels de santé, S. Tessier (1990 : 42) écrit :

« Pour des raisons pratiques, l'exercice fut systématisé sous forme d'enquête socio-anthropologique rapide. Deux jours de préparation ont permis de formuler les objectifs et d'élaborer les guides d'entretien semi-structuré que les participants utilisèrent avec les familles et les professionnels. Une journée fut consacrée sur le terrain aux entretiens avec les familles et les personnels de santé en poste, en porte à porte, avec plusieurs réunions officielles ou réunions de quartiers... La synthèse de ces impressions, forcément partielles et fragmentaires en si peu de temps, permit néanmoins d'élaborer d'autres objectifs éducationnels que les objectifs classiques » (27).

Il existe ainsi, pour des professionnels de santé désireux de faire une étude globale d'un contexte local particulier en peu de temps, des méthodes d'évaluation anthropologique rapide (*rapid assessment procedures*), adaptées à des pathologies particulières (malnutrition, sida) (28). Le médecin, muni d'une part de ses méthodes d'enquête anthropologique rapide adaptées à ses besoins et qui ont été élaborées pour être mises en œuvre par lui-même, et d'autre part de son savoir anthropologique naturel, a-t-il encore besoin

(27) Les débats autour de « la bonne méthode » sont parfaitement criticables car, comme le soulignait Cl. Pairault, « une méthode ne se construit pas à partir de recettes, ou plus exactement ne s'applique pas à partir de recettes ; elle se construit à partir des objectifs prévus pour la recherche, et compte tenu des moyens donnés pour cette recherche » (AMADES, 1992 : 99).

(28) A propos des RAP (*rapid assessment procedures*), on pourra se reporter à un récent article de A. Desclaux, « Le "RAP" et les méthodes anthropologiques rapides en santé publique », *Cahiers santé*, 2, 1992 : 300-306.

de collaborer avec les anthropologues ? Quoi de plus compréhensible alors que les ethnologues ne se reconnaissent pas dans le discours qu'on leur adresse, comme le faisait remarquer Zempléni : « L'anthropologie médicale appliquée travaille manifestement, y compris en ethnopsychiatrie, avec des instruments "ethnologiques" dans lesquels l'ethnologue classique ne se reconnaît pas toujours » (AMADES, 1992 : 17).

De l'ethnologue alibi à l'application de la recherche fondamentale

En 1980, A. Retel-Laurentin soulignait, parmi les difficultés à la constitution d'une anthropologie médicale française, le « dialogue insuffisant entre gens de spécialités différentes qui tient au fait que chaque discipline introduit sa propre façon de considérer un problème, si bien que la mise en commun se révèle artificielle dès que l'on s'affronte à des problèmes concrets. Parfois, on ne s'aperçoit que tardivement qu'on ne s'est pas compris et les difficultés imprévues se multiplient, d'où l'échec de l'entreprise » (Retel-Laurentin, 1983 : 127). Bien plus, les dispositions des disciplines expérimentales (au rang desquelles on pourrait ranger la médecine) à l'égard de l'anthropologie ne semblent pas avoir beaucoup changé depuis une trentaine d'années. En 1964, Lévi-Strauss écrivait : « Notre crainte est qu'une fois de plus, les égards témoignés aux sciences sociales et humaines, la place flatteuse qui leur est faite dans un programme d'ensemble, n'aient surtout valeur d'alibi » (Lévi-Strauss, 1973 : 358). Tous ces propos semblent toujours d'actualité.

Aujourd'hui, on peut toujours se demander si le succès d'estime dont bénéficie l'anthropologie auprès des milieux médicaux recouvre un intérêt réel pour la discipline :

« ... On ne peut pas s'empêcher de penser que l'allusion aux sciences sociales est une sorte de litanie, dont on pourrait craindre qu'elle traduise plus une certaine capacité des "bio-médicaux" à utiliser le vocabulaire à la mode qu'une réelle prise de conscience de ce que pourrait être une approche différente de leurs propres problèmes » (Brunet-Jailly, 1990 : 4).

Les faits semblent donner raison à Brunet-Jailly lorsqu'on constate que l'on fait figurer l'ethnologue à la meilleure place, mais

en prenant bien soin de ne pas prendre en considération ses propos. Il est par exemple tout à fait remarquable que G. Foster, un des grands noms de l'anthropologie médicale américaine, qui fut étroitement associé aux activités de l'OMS, rédige l'introduction à un ouvrage de cette institution sur la médecine traditionnelle en soulignant les multiples aspects recouverts par la notion de maladie dans les sociétés « traditionnelles » et en invitant à adopter une attitude très prudente, voire critique, à l'égard des tentatives d'intégration des guérisseurs traditionnels dans les programmes de soins de santé primaires (1983), alors que la plupart des articles de ce même ouvrage traitent entre autres de tout l'intérêt qu'il y aurait à utiliser les pratiques traditionnelles dans de tels programmes.

Les difficiles relations entre anthropologues et médecins résident-elles dans la spécificité de leur discipline respective, ou dans le sentiment des seconds d'une attitude par trop critique des anthropologues, qui exacerberait l'opposition anthropologie-analyse vs médecine-action, et ressortirait en fait au problème général de la relation du médecin à la recherche scientifique. Les propos de J. Benoist illustrent bien le décalage qui existe entre les deux types de professionnels :

« Une grande part de la difficulté de contact des anthropologues avec les médecins tient ainsi à ce que sans le savoir ils sont en porte-à-faux avec la réalité de la médecine qui est à la fois une connaissance et une action... C'est un problème grave, parce qu'il peut aboutir de la part des médecins à une véritable agression envers l'anthropologue... » (AMADES, 1992 : 117).

Comme les médecins aiment eux-mêmes à le préciser, la médecine n'est pas une science mais un art : « N'oublions pas qu'un médecin n'est pas un scientifique », rappelait J. Benoist (1989 b). Or, le médecin et la recherche ne font pas nécessairement bon ménage :

« L'entrée en médecine de l'esprit de recherche est un phénomène massif, dont la signification dépasse de loin le passage du paradigme mécaniste au paradigme probabiliste. C'est un phénomène mal admis par les médecins eux-mêmes, mal théorisé, suscitant des résistances inconscientes considérables. Il faut réaliser que le médecin qui s'interroge sur la causalité de la mort est celui qui à la fois fait des statistiques de décès sur ses propres patients, descend de l'amphithéâtre pour assister ou mettre la main à l'autopsie de leur cadavre, et dans la relation clinique a, avec eux, un rapport existentiel dont l'authenticité dépend en partie de la façon dont ils sont capables l'un et l'autre de vivre avec la mort en face » (Fagot-Largeault, 1989 : 10).

Est-ce à dire que les deux conceptions différentes de l'homme, les anthropologies respectives des médecins et des anthropologues, sont inconciliables ?

Peut-être est-ce à trop vouloir chercher à composer ou à négocier avec l'utilitarisme culturaliste, qui caractérise souvent la demande médicale, que la mésentente s'installe. Si certaines demandes ayant trait à la recherche du vecteur culturel ont parfois quelque chose de caricatural, il existe également des formulations auxquelles il convient d'être attentif. Un nutritionniste déclarait que les sciences sociales « doivent aussi définir *de manière moins anecdotique* qu'elles ne le font habituellement, l'importance des facteurs sociaux et des traditions qui peuvent limiter la réussite de programmes d'intervention » (souligné par nous, Whitehead, cité par Lemonnier, 1986 : 586). Par ailleurs, on peut entendre dans la bouche d'infirmières que la demande de formation concerne l'anthropologie générale et non seulement l'anthropologie médicale (AMADES, 1992 : 127).

Alors, pour répondre à ces attentes, ne faut-il pas précisément que l'anthropologie parvienne à se démarquer d'une certaine idée que le savoir médical se fait de la discipline et qui procède d'une définition réductrice de l'ethnologie. A cet égard, des travaux récents montrent une tendance des anthropologues à vouloir se défaire de l'image du spécialiste exclusif de l'exotisme ou, ce qui revient presque au même concernant la France, des seules populations immigrées. On peut citer, par exemple, les articles réunis dans une récente livraison de la revue *Ethnologie française* (1992) où il est question de l'identité dans un groupe d'anciens buveurs, des rituels d'hygiène à Paris, de la vieillesse, de la contagion, etc. Les choix de sujets de maîtrise de certains étudiants aujourd'hui (les soins palliatifs, les greffes d'organe, le don du sang, etc.) (29) sont également révélateurs de la nécessité et aussi de la pertinence d'une analyse anthropologique qui n'est pas *a priori* « exotisante ». Les travaux concernant les pays du Sud ne se limitent plus exclusivement « aux populations » mais en viennent également à analyser l'interaction entre les pratiques, l'organisation et les conceptions, soit les *représentations* qui caractérisent les opérations menées dans le domaine sanitaire (on peut citer, par exemple, les études sur les systèmes de santé, sur la recherche de facteurs de risque, sur les choix des priorités de santé publique) (30).

(29) Il s'agit là d'étudiants du certificat d'anthropologie médicale de l'université Paris X-Nanterre, parmi lesquels se trouvent quelques infirmières et médecins.

(30) En guise d'illustration pour ce type de recherches, on pourra se reporter au numéro spécial « Anthropologies et santé publique », *Cahiers des sciences humaines*, 28 (1), 1992.

Or, c'est peut-être sur des sujets qui ne sont pas traditionnellement du ressort de l'anthropologie, mais qui sont abordés dans une perspective anthropologique que les anthropologues définissent eux-mêmes en se fondant sur les acquis de la discipline, que l'apport de ces derniers seraient le plus utile au savoir médical. Citons, à titre d'exemple, les réflexions de A. Zempléni suggérées par les débats d'un colloque sur « Don de gamète et génétique médicale » : il s'interrogeait sur le problème de la constitution de l'identité d'un individu dont la naissance est due à une insémination artificielle et se demandait, à propos des efforts des généticiens pour éliminer tout risque de maladies en classant les individus en personnes à risque identifié, à risque probable et à risque non détecté, si un des rôles possibles de l'anthropologue ne serait pas ici « de faire prendre conscience au médecin généticien de la fonction immémoriale des maladies dites héréditaires dans la constitution même des liens de filiation » (AMADES, 1992 : 20). Les avancées de la recherche anthropologique dans ses aspects les plus fondamentaux ne sont-elles pas aussi parfois les plus susceptibles d'être entendus par les professionnels de la santé ?

F. Héritier-Augé déclarait :

« Tout récemment, je devais parler au Congrès d'éthique médicale des attitudes des sociétés traditionnelles devant les épidémies. D'après les réactions du public, il est certain qu'une partie au moins des auditeurs s'est rendu compte que nous fonctionnons, qu'eux-mêmes fonctionnent, avec un système de représentations qui diffère peu de celui qu'on trouve dans les sociétés traditionnelles, sous-jacent à leur compréhension rationnelle du fait épidémique, et qu'il faut tenir compte de ces représentations, notamment dans les actions de prévention pour la santé » (Héritier-Augé, 1991 : 69).

Dès lors, plutôt qu'une anthropologie médicale appliquée, ne convient-il pas, pour le plus grand bénéfice de tous, de favoriser une anthropologie fondamentale travaillant sur des sujets ayant trait à la pratique et au savoir médical. De toute manière, nombre d'expériences prouvent que des recherches fondamentales finissent par être utilisées. Ainsi, évoquant un tout autre domaine que celui de l'anthropologie médicale (celui des études urbaines), Chombart de Lauwe écrivait :

« Pendant que des travaux nouveaux sont entrepris, dont les résultats seront utilisables dans cinq ans, ceux des travaux plus anciens commencent à être rentables pour la recherche appliquée. D'autre part, les études entreprises donnent parfois des résultats beaucoup plus rapides qu'on ne le pense. Malheureusement, le

mérite n'en est pas toujours attribué aux chercheurs, ce qui fausse le problème. Un exemple amusant nous a été donné par un service public pour lequel nous avons effectué une recherche appliquée. Lorsque nous avons rendu compte du travail, une des personnes présentes nous fit à peu près la remarque suivante : *“Sur tel et tel point vous nous apportez quelque chose de nouveau. Mais pour la partie de l'étude que j'ai devant les yeux, vous utilisez une méthode que nous pratiquons depuis trois ou quatre ans déjà. Ce n'est pas la peine de faire appel à une équipe de recherche pour cela”*. Il y eut un sourire dans l'assistance et la réplique fut donnée par un des participants qui connaissait bien notre travail. Il s'agissait en fait d'une méthode mise au point par nous quelques années plus tôt, en recherche fondamentale, sans avoir songé aux applications pratiques qu'elle aurait » (Chombart de Lauwe, 1965 : 105).

Est-ce à dire que la recherche fondamentale devient appliquée une fois qu'elle est « entrée dans les mœurs », et que l'on ne se préoccupe plus d'attribuer une paternité à tels types d'analyse ou de méthode que l'on utilise couramment ? La question mérite d'être posée y compris dans le domaine des actions de développement sanitaire. Prenons l'exemple de la notion de « leaders d'opinion », notion essentielle pour la mise en place de programmes d'information, éducation, communication (IEC) pour la santé. Le leader d'opinion est celui qui occupe une place centrale dans un réseau d'interconnaissances, parfois informel, et qui est susceptible de jouer le rôle le plus efficace pour relayer une information sanitaire. Le choix du leader d'opinion est alors déterminant pour que le message atteigne le plus grand nombre d'individus possible. Ce type de réflexion qui sous-tend les programmes d'IEC n'est-elle pas en fait directement issue de l'analyse sociologique en termes de réseaux qui a été inaugurée par Barnes (1954) il y a quarante ans ? L'anthropologie médicale appliquée n'est peut-être alors qu'un deuxième moment de l'anthropologie fondamentale prenant, entre autres, pour sujets de recherche des faits de maladie.